TITOLO DELLA TESI

LA REGOLAZIONE AFFETTIVA: DISTURBI E TERAPIE

di Luca Govoni – www.nienteansia.it

Indice

Capitolo 1
La regolazione affettiva
1.1 Basi concettuali della regolazione delle emozioni
1.2 Intensità
1.3 Sensibilità
1.4 Specificità
1.5 Finestre di tolleranza
1.6 Processi di ritorno entro i margini di tolleranza
1.7 Accesso alla coscienza
1.8 Espressioni esteriori
1.9 La regolazione affettiva e la mente
1.10 Emozioni e processi integrativi
Capitolo 2
Attaccamento e regolazione affettiva
2.1 Rapporto genitore-figlio e sviluppo delle emozioni
2.2 Risposte parentali
2.3 Relazioni interpersonali e regolazione affettiva
2.4 Attaccamento e integrazione
2.5 Attaccamento e funzione riflessiva
2.6 Traumi e lutti
2.7 La risonanza emotiva: considerazioni
Capitolo 3
Disturbi della regolazione
3.1 Classificazione diagnostica 0-3
3.2 Asse I: diagnosi primaria
3.3 Tipi di disturbi della regolazione
3.4 Asse II: classificazione del disturbo di relazione
3.5 Maltrattamento
3.6 Asse III: disturbi e condizioni fisiche
3.7 Asse IV: agenti psicosociali di stress
3.8 Asse V: Livelli di sviluppo del funzionamento emotivo
Capitolo 4
Terapia dei disturbi della regolazione
4.1 La psicoterapia bambino-genitore
4.2 Psicoterapia multimodale genitore-bambino
4.3 Interventi multimodali
4.4 Casi clinici
Riferimenti bibliografici

Capitolo 1

LA REGOLAZIONE AFFETTIVA

La regolazione affettiva è l'insieme dei processi attraverso i quali l'individuo influenza le emozioni che prova, quando le prova, in che modo le prova e come esprime tali emozioni (Gross, 1999). Ogni emozione è diversa dalle altre e possiede caratteristiche peculiari che la rendono unica. Solitamente l'altalenarsi delle esperienze emotive avviene al di sotto della soglia di consapevolezza, pur derivando da esperienze concrete. Succede spesso, per esempio, di provare un alone di tristezza, o di rabbia, senza conoscerne con certezza le cause. Le emozioni, in primo luogo, svolgono una funzione di omeostasi, e lo fanno al di fuori della nostra consapevolezza. Il passaggio

da uno stato emotivo all'altro avviene ogni qual volta si rende necessario; in caso di pericolo il nostro cervello ci forza a provare paura e di conseguenza il nostro organismo attiva tutti quei processi indispensabili alla salvaguardia della nostra salute. Prepara i nostri muscoli alla fuga o ad un eventuale attacco, aumenta i battiti cardiaci e la respirazione, ci rende molto più reattivi. La regolazione affettiva a questo livello svolge dunque una funzione adattiva. Ci permette di adattarci ai diversi contesti ambientali in cui ci troviamo, scegliendo per noi le giuste emozioni da provare in funzione delle circostanze.
Vi è un secondo livello nel quale le emozioni non sono più strettamente collegate al mantenimento del nostro equilibrio interno e vengono implicate nelle relazioni interpersonali. In questo caso la regolazione opera in funzione di noi stessi e dell'altro, dove per altro si intendono le persone con le quali entriamo in contatto. Ogni individuo con il quale interagiamo provoca in noi la nascita di determinate emozioni alle quali noi rispondiamo nel modo che riteniamo più appropriato. La nostra interazione, ciò che noi diciamo e facciamo mentre siamo con qualcuno, è motivata dalle emozioni. Senza di esse non vi sarebbe lo stimolo a comunicare,
a cercare il contatto. A questo livello dunque la regolazione affettiva adempie ad una funzione motivazionale nei confronti del nostro interagire con gli altri.
Dà un senso, un significato a ciò che gli altri fanno e alle nostre stesse azioni. Ci predispone a recepire gli stimoli rivolti a noi e al tempo stesso ci fornisce gli strumenti per dare loro un senso. Da questo risulta evidente l'importanza delle emozioni e come ogni nostro comportamento sia profondamente influenzato dal nostro stato affettivo interno. Non è possibile spiegare, quindi comprendere, un comportamento senza fare riferimento alle basi emotive di tale comportamento (Damasio, 1998).
Le emozioni costituiscono dunque processi integrativi essenziali, che svolgono un ruolo centrale nel conferire valori e significati e nel collegare le diverse attività e funzioni della mente. La regolazione delle emozioni è alla base dei processi di organizzazione del Sé, e le comunicazioni emotive che si stabiliscono tra genitore e figlio influenzano profondamente lo sviluppo delle capacità di autoorganizzazione del bambino. I pattern che vengono utilizzati nel trasferimento di energia e informazioni fra la sua mente e quella del genitore possono dare luogo a strategie organizzate, che si manifestano con risposte comportamentali caratteristiche nell'ambito della relazione di attaccamento; la sua mente impara ad adattarsi in maniera specifica al tipo di comunicazioni emotive che riceve dall'adulto, e con il passare del tempo questi pattern relazione-dipendenti possono diventare approcci tipici che vengono utilizzati in contesti più generali. Diversi aspetti della regolazione delle emozioni, come la capacità di adattamento allo stress, possono essere correlati alle loro storie di attaccamento (Sroufe, 1995).

1.1 Basi concettuali della regolazione delle emozioni

Il cervello umano ha sviluppato una intricata rete di circuiti che partecipano alla modulazione degli stati di attivazione emotiva, o arousal. La natura di questi processi di regolazione varia in modo significativo da individuo ad individuo, con influenze a livello costituzionale e di adattamento a precedenti esperienze. Possiamo dire con certezza che esistono caratteristiche innate in ognuno di noi, introducendo il termine di "temperamento emotivo". Esso fa riferimento a determinati pattern di risposta tipici di ogni persona. Esistono per esempio persone tendenzialmente calme e controllate che raramente si lasciano sopraffare da forti emozioni, anche davanti ad avvenimenti importanti. Altre che reagiscono repentinamente e vivacemente ad ogni minima variazione situazionale. Questi tratti del sistema nervoso possono comunque essere modificati nel corso dell'esistenza. Vanno costruendosi nell'infanzia e il loro sviluppo è influenzato da molte variabili. Innanzitutto dal comportamento dei genitori, attraverso il quale il bambino può amplificare e consolidare un certo tipo di risposta emotiva, o al contrario limitarla. Prendiamo a titolo di esempio un bambino costituzionalmente aggressivo. Una madre lasciva, incapace di contenere il temperamento brusco del figlio può accentuare in lui l'aggressività. Al contrario, se si dimostra decisa e risoluta

può limitare tale comportamento.
Ognuno di noi reagisce alle emozioni in modo diverso, tuttavia esistono alcuni elementi fondamentali alla base della regolazione affettiva che sono comuni a tutti.

1.2 Intensità

Il processing delle emozioni si basa sulle attività dei sistemi di valutazione e arousal, che possono rispondere agli stimoli con diversi gradi di intensità. In sostanza il nostro cervello è capace di variare la reazione ad un determinato stimolo emotivo modificando il numero di neuroni attivati e la quantità di neurotrasmettitori secreti. Se i meccanismi di orientamento iniziali portano ad una minima attivazione del cervello e del corpo, anche le successive risposte di valutazione elaborativa e arousal tenderanno ad essere ridotte. A questo proposito diversi studi hanno dimostrato che individui ai quali venivano somministrati farmaci per diminuire l'entità delle risposte dell'organismo e degli stati di attivazione fisiologica in genere reagivano agli stimoli interpretandoli come "non importanti", e quindi con emozioni primarie meno intense rispetto a quelle dei soggetti di controllo (LeDoux, 1990; Porges et al., 1994, Lewis, 1997; Lyra, Winegar, 1997).
In ciascuno di noi i livelli di intensità con cui in generale rispondiamo agli stimoli possono essere determinati sia da fattori costituzionali, sia dall'influenza delle nostre precedenti esperienze. Persone con un temperamento timido per esempio tendono a reagire con grande intensità a stimoli per loro insoliti, mettendo in atto comportamenti di ritiro e allontanamento.
Da alcuni studi sembra che l'intensità delle risposte emozionali sia correlata ad una attivazione frontale bilaterale, a differenza della loro qualità o valenza, che è invece associata ad attivazioni asimmetriche. L'emisfero destro è coinvolto maggiormente negli stati di allontanamento, quello sinistro negli stati di avvicinamento (Dawson, 1994b). Ricerche confermano che in bambini con madri clinicamente depresse la capacità di provare gioia ed eccitazione risulta significativamente compromessa, specialmente nei casi in cui la depressione materna persiste dopo il primo anno di vita del figlio (Dawson, 1994a).
Nei bambini le esperienze possono quindi influenzare profondamente sia l'intensità, sia la valenza delle attivazioni emozionali. In particolare, in quelli che hanno genitori depressi possono essere assenti esperienze di condivisione di stati emotivi positivi, esperienze che in condizioni normali permettono alla coppia genitore-figlio di amplificare emozioni piacevoli e di provare ondate di intenso affetto reciproco (Stern, 1985; Field, 1994). La mancanza di questa amplificazione condivisa di stati positivi può incidere negativamente sullo sviluppo della capacità di tollerare e di apprezzare stati emotivi intensi: le esperienze interattive permettono al bambino non solo di provare elevati livelli di "tensione" o arousal emozionale (Sroufe, 1995), ma anche di "allenare" i suoi circuiti cerebrali a gestire tali stati (Shore, 1996). L'intensità delle risposte emotive viene spesso mascherata poiché coincide con il momento di maggior bisogno di essere compresi dagli altri, generando un senso di vulnerabilità che può renderci riluttanti a manifestare apertamente i nostri sentimenti. Questo comportamento viene amplificato da esperienze di comunicazioni interpersonali insoddisfacenti e può dare origine ad un senso di vergogna per aver mancato un'opportunità di sintonizzazione affettiva (Shore, 1994).

1.3 Sensibilità

La soglia di sensibilità è diversa in ogni individuo. Si tratta del livello minimo ad sotto del quale sensazioni e stimoli non inducono un'attivazione dei nostri sistemi di valutazione. Coloro i quali possiedono una soglia emotiva molto bassa si trovano continuamente ad affrontare situazioni emotivamente coinvolgenti ritenute importanti. Come l'intensità anche la sensibilità è influenzata sia da fattori costituzionali sia da fattori esperienziali, e nello stesso tempo può essere influenzata da quello che è lo stato della mente in quel momento. Per esempio quando diciamo di avere "i nervi a fior di pelle" vogliamo dire che in quel preciso istante siamo molto sensibili ad ogni

minima variazione ambientale, fornendo di conseguenza risposte esagerate.
In che modo in nostro cervello può modificare la soglia di sensibilità? Innanzitutto va tenuto presente che le emozioni sono indissolubilmente legate ai processi di valutazione degli stimoli. Il cervello può aumentare o diminuire in maniera diretta la sua sensibilità all'ambiente innalzando o abbassando i livelli di stimolazione necessari per attivare i suoi sistemi di valutazione. Se abbiamo appena visto un film violento e pauroso possiamo essere per esempio molto sensibili ai vicoli bui e ai forti rumori. Se uscendo dal cinema sentiamo il rumore di uno scoppio possiamo facilmente impaurirci e valutare la situazione come pericolosa. Se abbiamo la stessa esperienza tornando da una festa tra amici è probabile che la nostra reazione non sia la stessa. Esperienze recenti possono dunque influenzare in maniera diretta il nostro grado di sensibilità emotiva (Schacter, Buckner, 1998).
Nello stesso modo il ripetersi di esperienze emotivamente intense può generare alterazioni croniche del grado di sensibilità. Episodi terrorizzanti vissuti in età infantile possono modificare in maniera permanente la sensibilità di un individuo nei riguardi di stimoli correlati a tali eventi traumatici. Se un bambino viene graffiato e morso da un gatto, è possibile che anche a distanza di anni la vista di un gatto evochi in lui un'intensa risposta emozionale di paura. Alterazioni precoci dei circuiti cerebrali implicati nei processi di valutazione e attribuzione di significati possono quindi avere profondi effetti sui meccanismi che influenzano direttamente la natura delle esperienze emotive e la regolazione delle emozioni.
Lo stato di ipersensibilità che si genera in questo modo è spesso irreversibile (LeDoux, 1990), tuttavia è possibile intervenire sulla fase di valutazione dello stimolo che prende origine dallo stato di eccessivo arousal generale, rendendo la reazione del paziente più "elastica".

1.4 Specificità

I processi di regolazione possono anche determinare quali regioni del cervello vengono attivate negli stati di arousal emozionale. Definendo la specificità dei processi di valutazione - le modalità con cui i centri di valutazione stabiliscono il significato delle rappresentazioni - il cervello è in grado di regolare i flussi di energia nei cambiamenti degli stati del sistema. Per esempio, se veniamo svegliati da un rumore improvviso durante il riposo, è probabile che il nostro corpo entri in uno stato di orientamento iniziale. Se stavamo attendendo l'arrivo di un amico, il rumore potrebbe indurre in noi una piacevole eccitazione. Se non aspettavamo nessuno esso potrebbe invece essere un segnale di pericolo. Le rappresentazioni che vengono attivate in ogni determinato momento, incluse quelle che si riferiscono al contesto della situazione in cui ci troviamo, contribuiscono a definire la direzione specifica della valutazione di uno stimolo, e quindi il tipo di risposta emozionale che viene evocata.
La specificità dei processi di valutazione influenza direttamente la differenziazione degli stati emozionali primari in emozioni fondamentali, e le differenze individuali nei meccanismi e nei parametri di valutazione possono influenzare la "natura" generale dell'umore e della personalità. Tale specificità determina non solo il significato degli stessi processi emozionali, attraverso meccanismi di "valutazione della valutazione".
La specificità di questi processi può essere influenzata da diversi fattori legati all'interpretazione dello stimolo; per esempio, dal fatto che venga valutato come rilevante o meno per il raggiungimento di obiettivi presenti e futuri, o dal significato che gli viene attribuito rispetto a questioni generali che riguardano il Sé o il Sé in relazione con gli altri.
Man mano che il bambino cresce, la differenziazione di emozioni primarie in emozioni fondamentali diventa sempre più sofisticata, e stati precoci di generico "benessere" o "malessere" vengono progressivamente sostituiti da emozioni fondamentali come paura, rabbia, disgusto, sorpresa, interesse, vergogna o gioia. Sroufe ha notato come stati emozionali di piacere, apprensione e frustrazione/disagio siano in qualche modo "precursori" delle emozioni maggiormente definite di gioia, paura e rabbia (Sroufe,

1995). Successivamente si differenziano anche le emozioni più complesse e "sociali" come nostalgia, gelosia e orgoglio.
Linda Camras ha suggerito che la teoria dei sistemi dinamici può essere particolarmente utile nell'analisi dello sviluppo delle espressioni emozionali (Camras, 1992). In base a tale prospettiva, nella differenziazione dei suoi processi emozionali la mente del bambino integra processi interiori e risposte interattive dei genitori; in questo modo, le emozioni maggiormente differenziate diventano stati attrattori del sistema, con vincoli determinati da fattori interni ed esterni. Secondo Malatesta-Magai questi meccanismi costituiscono una forma di "socializzazione delle emozioni", che rispecchia le modalità fondamentali con cui l'affetto serve da segnale sociale e si sviluppa, almeno in parte, in base alla storia delle interaioni interpersonali dell'individuo (Malatesta-Magai, 1991). Tale socializzazione delle emozioni si attua sia nelle relazioni genitore-figlio, sia in quelle con i coetanei (Cassidy, 1994; Dunn, Brown, 1991).
La specificità di un'esperienza emotiva è determinata dai complessi meccanismi di valutazione che vengono selettivamente attivati in risposta a un particolare stimolo. In ognuno di noi lo sviluppo di questi processi valutativi è influenzato sia da caratteristiche costituzionali, sia da fattori legati alla storia delle nostre interazioni sociali, ed è per questo che di fronte allo stesso stimolo due persone possono a volte reagire in maniera completamente diversa; la specificità delle nostre risposte emozionali crea significati personali unici.
Le emozioni sono state definite e classificate in vario modo (Izard, 1991; Lewis, Haviland, 1993). Alcuni studiosi distinguono per esempio categorie principali rappresentate da paura, sorpresa/sbalordimento, tristezza, rabbia, piacere/gioia, interesse/eccitazione, disgusto, ansia, diffidenza, disprezzo, amore; altri tipi di emozione sono l'imbarazzo, la vergogna, la colpa, l'orgoglio. Nel corso della vita noi tutti abbiamo sperimentato ognuna di queste emozioni e abbiamo sicuramente notato come ogni volta la stessa emozione si presenta con caratteristiche diverse; tali caratteristiche sono determinate dall'unicità delle combinazioni fra processi interni e contesti esterni in cui si sviluppa quel particolare stato del sistema.
I complessi processi di valutazione devono essere stati organizzati da almeno due fattori fondamentali. In base ai principi essenziali della teoria evoluzionistica, le caratteristiche dei sistemi di valutazione che aumentavano le probabilità di sopravvivenza e la trasmissione del corredo genetico tendevano ad essere mantenute. Ciò potrebbe spiegare, per esempio, perché certe persone hanno paura dei serpenti anche se in vita loro non ne hanno mai visto uno.
Una seconda componente cruciale dal punto di vista evolutivo è rappresentata dal fatto che i meccanismi di valutazione devono essere in grado di apprendere dalle passate esperienze. Valutando come pericolosa una determinata situazione noi possiamo evitarla risparmiandoci inutili rischi. I sistemi di valutazione possono imparare dalle esperienze; i processi emozionali favoriscono l'apprendimento (Siegel, 1999).

1.5 Finestre di tolleranza

La finestra di tolleranza è il margine entro il quale stati emozionali di diversa intensità possono essere processati senza che ciò comprometta il funzionamento del sistema nel suo complesso. Ognuno di noi possiede finestre di tolleranza diverse. Alcune persone sono in grado di gestire elevati livelli di intensità emotiva senza alcuna difficoltà e conservano la capacità di pensare, agire e sentire in maniera equilibrata ed efficace. Vi sono però emozioni come rabbia o tristezza che anche a livelli moderati possono interferire negativamente con le attività della mente. L'intensità di uno specifico stato emozionale può coinvolgere meccanismi di valutazione e arousal che non sono accessibili dalla coscienza e che possono influenzare i processi di elaborazione delle informazioni. Stati di attivazione emotiva che superano la finestra di tolleranza possono generare pensieri e comportamenti disorganizzati. In alcuni

individui la finestra può essere molto ristretta, e i processi emozionali possono diventare consci soltanto quando il loro grado di intensità è molto vicino ai livelli oltre i quali si producono questi effetti disorganizzanti. In altri il sistema della mente può invece tollerare stati emotivi anche molto intensi, che sono facilmente accessibili dalla coscienza, indipendentemente dalla loro natura piacevole (nel caso di gioia o amore) o spiacevole (rabbia, tristezza). Va inoltre considerato che l'ampiezza della finestra varia nel tempo in funzione dello stato della mente, della valenza emozionale specifica e del contesto sociale in cui l'emozione è generata. Per esempio noi siamo in grado di gestire situazioni che generano stress in maniera più efficace quando ci troviamo in presenza di persone alle quali siamo legate, che ci capiscono e amano.
Tutto ciò può essere spiegato in termini di attività del sistema nervoso autonomo. Una eccessiva attività del sistema simpatico si traduce infatti in un aumento della frequenza cardiaca e respiratoria e in una sensazione di tensione generalizzata. Al contrario, un'eccessiva attivazione del sistema parasimpatico produce processi che tendono al risparmio di energia, diminuendo battiti cardiaci, respirazione e attività mentale. A volte i due sistemi si attivano contemporaneamente inducendo una sensazione di "perdita di controllo", come se stessimo guidando l'auto e pigiassimo acceleratore e freno insieme.
In queste condizioni le funzioni cerebrali superiori sono compromesse. Il pensiero razionale diventa impossibile e prevalgono le reazioni di natura automatica e riflessa; le funzioni integrative delle emozioni, in cui processi di autoregolazione permettono interazioni elastiche e adattive con l'ambiente, sono temporaneamente sospese.
I limiti della finestra di tolleranza di una persona sono determinati sia da caratteristiche costituzionali (il temperamento), sia da precedenti esperienze, e sono influenzati pesantemente da condizioni fisiologiche contingenti; per esempio la fame e la sete ci rendono particolarmente irritabili e vulnerabili a livello emotivo. Persone costituzionalmente timide possono trovarsi profondamente a disagio di fronte ad emozioni intense di qualsiasi tipo, e tendono a cercare ambienti familiari, che non evocano queste sensazioni disturbanti e disorganizzanti; nell'ambito di contesti sociali che prevedono la vicinanza di figure di attaccamento con cui hanno relazioni sicure sono in grado di affrontare situazioni per loro nuove, ma in assenza di tali condizioni possono assumere comportamenti di allontanamento e diventare socialmente isolati. All'estremo opposto si trovano le persone che in situazioni per loro nuove provano un senso di piacere ed eccitazione senza alcuna ripercussione sul loro equilibrio interno.
I bambini che hanno questo secondo tipo di atteggiamento, più aperto ed esplorativo nei confronti del mondo esterno, in genere rendono la vita più facile ai loro genitori; al contrario, quelli con temperamenti più difficili, irritabili e capricciosi hanno spesso reazioni che oltrepassano i margini della loro finestra di tolleranza, diventando un serio problema per i genitori. Tuttavia, nella maggioranza dei casi, questi bambini crescendo sviluppano capacità via via più sofisticate di regolazione delle emozioni, e questi loro "scoppi emotivi" diventano meno frequenti.
Le finestre di tolleranza risentono anche di influenze legate alla storia delle passate esperienze. Per esempio, in individui che durante l'infanzia hanno spesso avuto esperienze in cui hanno provato paura, questa emozione può essere associata a un senso di terrore e sgomento profondamente disorganizzanti; la ripetuta sensazione di essere lasciati soli ad affrontare queste emozioni, senza nessuno che li possa confortare e tranquillizzare, può portare a un mancato sviluppo delle capacità di calmare e controllare tali stati, e a una riduzione dei limiti di tolleranza. La finestra di tolleranza di un individuo dipende inoltre da quello che è il suo stato della mente in un determinato momento. Se ci sentiamo emotivamente "esauriti", siamo fisicamente esausti o veniamo sorpresi da un'interazione imprevista, è probabile che i nostri margini di tolleranza siano diminuiti. In queste condizioni possiamo diventare tesi e agitati, ed essere visibilmente turbati da stimoli ai quali normalmente reagiamo con emozioni più contenute.

1.6 Processi di ritorno entro i margini di tolleranza

Quando l'intensità di uno stato di arousal supera i confini della finestra di tolleranza, la mente può essere sommersa da un'ondata di emozioni che coinvolge tutta una serie di processi, dal pensiero razionale al comportamento sociale, e che può travolgere anche la coscienza (Goleman, 1995). In situazioni di questo tipo, l'individuo ha spesso la sensazione di aver perso il controllo di pensieri e azioni, e la sua mente può essere invasa da rappresentazioni visive che simbolizzano lo stato emotivo. Per esempio, quando sono in collera, alcuni possono letteralmente "vedere rosso", o avere immagini di se stessi che aggrediscono l'oggetto della loro rabbia, e compiere atti violenti e distruttivi che in condizioni normali non sono parte del loro repertorio comportamentale.

Emozioni, significati e interazioni sociali sono mediati dagli stessi circuiti cerebrali; le modalità con cui tali informazioni vengono elaborate dipendono dalla realtà biologica delle strutture del cervello, che modellano direttamente le funzioni della mente. Per esempio, a livello della corteccia orbito-frontale, una delle regioni centrali nel processing delle emozioni, convergono input che provengono da aree anatomicamente distinte, e informazioni che coinvolgono processi cognitivi sociali, coscienza autonoetica, sensazioni, percezioni, rappresentazioni di varia natura come parole, concetti, marker somatici che si riferiscono agli stati fisiologici dell'organismo e alle attività del sistema nervoso autonomo (Shore, 1994). La possibilità di rispondere in maniera adattiva al significato personale di un evento, e non semplicemente con una reazione automatica e riflessa, si basa sulla capacità di integrare in modo flessibile questi processi prefrontali.

Si ritiene che negli stati di arousal eccessivo i processi "superiori" mediati dai circuiti neocorticali siano invece sospesi, e che la direzione dei flussi di energia all'interno del cervello, e in particolare a livello delle regioni orbito-frontali, siano determinati principalmente da input generati da strutture "inferiori" di elaborazione delle informazioni (centri del tronco encefalico, circuiti sensoriali, aree limbiche). In questo modo, il superamento della finestra di tolleranza si accompagna, a livello neurologico, a un'inibizione dei meccanismi percettivi e razionali superiori, mentre assumono un ruolo dominante le attività somatiche e sensoriali più "elementari". Noi non pensiamo più: "sentiamo" intensamente e agiamo in maniera impulsiva; in altre parole, entriamo in uno stato in cui potenzialmente prevalgono risposte riflesse a stimoli somatici e sensoriali primari.

Ma in che modo la mente si "riprende" da stati in cui le funzioni corticali superiori e le capacità di riflettere sui propri pensieri e comportamenti sono sospese? Questi processi di recupero variano da individuo a individuo, e ancora una volta dipendono, oltre che dalle caratteristiche costituzionali e dalla storia personale, dal contesto e dalla natura dello stato specifico. Per esempio, se ci sentiamo traditi da un amico di cui ci fidavamo ciecamente, riuscire a riemergere da uno stato di profonda rabbia e tristezza può essere particolarmente difficile, mentre delusioni generate da persone a cui siamo meno legati, o riconosciute come tendenzialmente inaffidabili, possono indurre reazioni di collera che vengono rapidamente smaltite.

Per uscire da questi stati la mente deve ridurre gli effetti disorganizzanti prodotti da un particolare episodio di arousal emozionale. Ciò può avvenire attraverso processi fisiologici di base, in cui i meccanismi di valutazione riportano i livelli di attivazione entro margini tollerabili diminuendo l'intensità dello stato di arousal e limitando il numero di circuiti e gruppi neuronali coinvolti. Possono venire inoltre progressivamente riattivate funzioni corticali più complesse, che permettono processi metacognitivi di riflessione su se stessi e di controllo degli impulsi; in generale, la capacità di riflettere sugli stati mentali propri e altrui svolge un ruolo importante in questo particolare aspetto della regolazione delle emozioni. Un recupero anche parziale di queste attività corticali può consentire all'individuo di alterare le caratteristiche dello stato emotivo e di sopportare livelli di arousal precedentemente

incontrollabili. Per esempio, travolti dalla collera nei confronti dell'amico che ci ha ingannato, possiamo scoprire che rievocando vecchi ricordi della nostra passata relazione con lui possiamo trasformare la natura e l'intensità di questa esperienza emozionale, sostituendo alla rabbia un senso di perdita e di grande tristezza che riusciamo più facilmente a tollerare. Tuttavia, per alcuni arrivare a controllare stati emotivi eccessivamente intensi può essere estremamente difficile, indipendentemente dalla loro natura; per queste persone la vita può diventare una serie continua di sforzi tesi ad evitare situazioni che potrebbero generare emozioni troppo forti, nel tentativo di difendere e di mantenere l'equilibrio del loro sistema. Tali individui possono diventare schiavi della propria instabilità emotiva.
Le emozioni svolgono un ruolo centrale nei processi di autoregolazione della mente. Risulta inevitabile che i processi di arousal emozionale a volte superino la nostra soglia di tolleranza, qualunque essa sia; in assenza di processi di recupero efficaci, questi momenti possono però trasformarsi in prolungati stati di disorganizzazione, che possono essere pericolosi per noi e per gli altri. La capacità di rientrare entro i limiti della finestra di tolleranza, in sostanza, permette ai processi auto-organizzazione del sistema di ritornare ad un flusso di stati che si muovono in maniera equilibrata verso una maggiore complessità, evitando, ai due estremi, attivazioni eccessivamente rigide o eccessivamente casuali e caotiche. Il sistema della mente diventa così maggiormente adattivo, sintonizzandosi su variabili interne ed esterne in maniera più flessibile, e aumentando i suoi livelli di complessità e di stabilità.

1.7 Accesso alla coscienza

In ogni momento le attività dei nostri sistemi di valutazione influenzano tutte le funzioni della mente, attraverso meccanismi che non richiedono necessariamente una partecipazione della coscienza. Le emozioni sono un insieme di processi fondamentali direttamente correlati all'attribuzione di significati, alla comunicazione sociale, ai meccanismi attenzionali e all'elaborazione delle percezioni. Le emozioni dirigono i flussi di attivazione (energia) e stabiliscono il significato delle rappresentazioni (informazioni) ed hanno dunque un ruolo centrale nel determinare le attività del sistema della mente nel suo complesso.
Una grande quantità di dati supporta l'idea secondo la quale solo una minima parte delle nostre attività mentali avvenga a livello conscio (Kihlstrom, 1987). Percezione, memoria, emozioni, interazioni sociali sono tutti processi che avvengono per lo più al di fuori della coscienza. Questi processi inconsci costituiscono le basi delle funzioni della mente, influenzano profondamente i nostri sentimenti, pensieri e comportamenti, e possono emergere improvvisamente nella nostra mente conscia (per esempio quando ci mettiamo a piangere ancor prima di diventare consapevoli di provare un senso di tristezza). In generale possiamo dire che il Sé non è formato da una parte conscia e da una inconscia, separate da una netta linea di demarcazione; piuttosto, il Sé è creato da processi inconsci, e dalla selettiva associazione di questi processi in un'entità che chiamiamo "coscienza". In altre parole, noi siamo molto, molto di più dei nostri processi consci.
A cosa serve la coscienza? Le risposte possibili sono diverse, fra le quali quella secondo cui i processi che vengono collegati all'interno della coscienza possono essere manipolati e alterati intenzionalmente, allo scopo di produrre risposte maggiormente adattive. La coscienza ci permette di modificare reazioni automatiche e riflesse e di introdurre elementi di "scelta" nei nostri comportamenti. Quando qualcosa ci turba e noi ne conosciamo la causa possiamo intervenire attivamente per risolvere il problema.
La coscienza è collegata ai meccanismi attenzionali e alla memoria di lavoro. Tale memoria è una sorta di deposito temporaneo che ci permette di tenere a mente e di riflettere simultaneamente su una serie di informazioni e dati diversi. Queste riflessioni ci consentono di manipolare le varie rappresentazioni, di elaborarle ulteriormente e di stabilire fra loro nuove associazioni. Attraverso questo sistema, la

memoria di lavoro permette processi di autoriflessione e "scelte" cognitive; in altre parole, rende possibili intenzioni personali e comportamenti deliberati e strategici, che non sono il risultato di riflessi automatici.
I processi emozionali - la fase di orientamento iniziale, i meccanismi di arousal e valutazione, la differenziazione degli stati primari - si svolgono in genere al di fuori della coscienza; la consapevolezza di tali processi si manifesta con le sensazioni qualitative associate alle emozioni, e con tutta la gamma di quelli che possiamo chiamare i nostri "sentimenti". I "sentimenti" coinvolgono dunque energia, impulsi comportamentali, significati o emozioni fondamentali. Essi giungono sino al livello della coscienza poiché ci permettono di attribuire dei significati a ciò che stiamo provando e di conseguenza ci permettono di rispondere in maniera più flessibile agli stimoli ambientali. Inoltre la consapevolezza delle nostre emozioni è fondamentale per la nostra stessa sopravvivenza in quanto esseri sociali: ci permette di riconoscere intenzioni e motivazioni, nostre e altrui, e di gestire le complesse interazioni con il mondo interpersonale in maniera più efficace e adeguata al soddisfacimento dei nostri bisogni e al raggiungimento dei nostri obiettivi.
La coscienza può influenzare l'outcome dei processi emozionali: permette processi di autoriflessione, che a loro volta rendono possibile la mobilizzazione di pensieri e comportamenti che facilitano il raggiungimento di particolari obiettivi, attraverso l'acquisizione di nuovi livelli di integrazione. Per esempio, se siamo consapevoli di essere tristi perché un nostro amico si è trasferito in un'altra città, possiamo decidere di telefonargli, o di scrivergli una lettera; al contrario, se la nostra tristezza rimane inconscia è possibile che non cercheremo mai di ristabilire i contatti con questa persona. La coscienza svolge dunque l'importante funzione di modulare i flussi di energia all'interno del cervello, coinvolgendo strutture cerebrali deputate all'elaborazione di tali flussi, raggiungendo così un livello di integrazione maggiore. Questo porta ad una risposta adattiva che va ben oltre la semplice reazione automatica o riflessa.
I processi di valutazione portano all'attivazione di gruppi neurali distinti nella creazione di un determinato stato della mente; la partecipazione della coscienza a questo insieme di attivazioni permette il reclutamento di nuove associazioni all'interno della memoria di lavoro, la lavagna della mente. Coinvolgendo i sistemi linguistici e le funzioni autonoetiche, la coscienza ci consente di riflettere sul passato e sul futuro, e quindi di andare oltre i limiti di quelle che sono le nostre esperienze del momento (Edelman, 1992). Essere consapevoli delle nostre emozioni ci permette inoltre di elaborare risposte più adeguate al raggiungimento di obiettivi specifici, che non sarebbero possibili senza la partecipazione della coscienza.
1.8 Espressioni esteriori
Fin dai primi giorni di vita le emozioni costituiscono sia gli strumenti, sia i contenuti delle comunicazioni che si stabiliscono fra genitore e figlio. Per metterla in termini molto semplici, lo stato interno del bambino viene percepito dai genitori, che si sintonizzano con tale stato; il bambino a sua volta percepisce la risposta dei genitori, e si crea un accordo affettivo reciproco. Più tardi i genitori possono anche utilizzare parole per definire sensazioni e stati della mente del figlio; possono dire, per esempio, che si sente felice, spaventato o triste, fornendo al bambino un'esperienza verbale interattiva che gli permette di identificare e condividere il suo stato emozionale. Queste forme precoci di comunicazione consentono al bambino di sviluppare "l'idea" che la sua vita emozionale può essere condivisa con gli altri, nell'ambito di relazioni che possono essere fonte di sicurezza e conforto.
Entro il suo secondo anno di vita il bambino in genere apprende inoltre a nascondere le sue emozioni in determinati contesti sociali. Per esempio, se vuole fortemente qualche cosa, ma ha imparato che il fatto che lui mostri un interesse nei confronti dell'oggetto in questione suscita inevitabilmente reazioni di collera da parte dei genitori, il bambino potrà ritenere più saggio assumere un atteggiamento impassibile,

che non rivela la vera natura del suo stato emotivo. In noi adulti queste capacità di "dissimulazione" sono in genere molto sviluppate, e ci permettono di agire in maniera socialmente più appropriata, mascherando emozioni che potrebbero indurre critiche o aspre reazioni da parte di altre persone. Cultura e ambiente familiare svolgono un ruolo centrale nel determinare le modalità con cui il bambino apprende queste convenzioni e norme spesso non scritte che regolano l'espressione emozionale, da alcuni definite spesso come "regole dell'esibizione" (Malatesta-Magai, 1991).
Studi condotti in diverse popolazioni e culture dimostrano che bambini e adulti possono manifestare le loro emozioni in modo molto diverso se sono da soli o in presenza di estranei. Per esempio, in un esperimento su un gruppo di soggetti giapponesi, a cui veniva chiesto di guardare un film particolarmente "stimolante" dal punto di vista emotivo, si è osservato che gli individui esaminati avevano espressioni facciali che mostravano in maniera abbastanza evidente le loro emozioni quando guardavano il film seduti da soli nella stanza; al contrario, se era presente il ricercatore i loro visi erano imperturbabili, con espressioni sorridenti ed educate che non lasciavano trapelare alcuna emozione (LeDoux, 1996). Ma se le norme culturali in determinate situazioni ci dicono di non esprimere le nostre emozioni, ciò può ripercuotersi negativamente sulle modalità con cui diventiamo consapevoli delle nostre risposte emotive? In effetti, sembrerebbe proprio di sì; come abbiamo visto in precedenza, il nostro cervello crea rappresentazioni che si riferiscono alle reazione del corpo e le utilizza come informazioni che gli consentono di verificare "come ci sentiamo" (Johnson, Hugdahl, 1991; Ekman, 1992b; Etcoff, Magee, 1992; Allman, Brothers, 1994; LeDoux, 1996).
Il Sé è capace di almeno due stati contestuali: un sé "interno" privato e un sé "esterno", pubblico e adattivo (Harter et al., 1997). Alcuni autori parlano anche di Sé "vero" o "falso"; questi termini implicano però l'idea che comportamenti di adattamento siano da considerarsi in qualche modo falsi, mentre in generale può essere più utile semplicemente accettare il fatto che, in ciascuno di noi, differenti contesti possono evocare stati diversi. Nell'ambito di determinate situazioni sociali la capacità di nascondere le proprie emozioni può essere adattivamente importante: non c'è nulla di "falso" in un meccanismo di sopravvivenza. D'altra parte, dato che il nostro cervello si basa spesso sulle espressioni esteriori per capire che cosa proviamo, questi processi di dissimulazione possono chiaramente rendere più difficile l'accesso a quelle che sono le nostre "vere" risposte emotive.
Attraverso meccanismi interni ed esterni, la regolazione delle espressioni emozionali può aiutare la mente a modulare i suoi stati di attivazione, e a mantenerli entro i limiti della finestra di tolleranza. A livello sociale, mascherando le nostre emozioni possiamo per esempio evitare esperienze di risonanza interpersonale che porterebbero ad un'alterazione del nostro stato della mente, o il rischio di non essere compresi e il conseguente senso di vergogna e frustrazione. Internamente, il controllo delle manifestazioni emotive ci permette di ridurre gli effetti dei meccanismi di retroazione positiva attraverso i quali espressioni facciali e risposte del corpo, una volta percepite dalla mente, determinano un'ulteriore intensificazione dello stato emozionale che le ha inizialmente generate.
I problemi sorgono quando questi processi di modulazione sono eccessivamente rigidi, e l'inibizione delle espressioni emozionali diventa uno stato tipico, un tratto dell'individuo. Se nel corso del suo sviluppo il bambino non trova contesti sociali in cui il Sé privato può interagire liberamente e pienamente con altre persone, il Sé pubblico e adattivo può diventare dominante; le sue emozioni vengono sistematicamente mascherate e nascoste non solo agli altri, ma anche a se stesso. Bloccando ripetutamente le sue espressioni affettive l'individuo corre il rischio di inibire cronicamente l'accesso delle emozioni alla coscienza; queste persone possono avere la sensazione di non sapere veramente "chi sono", e che la loro vita sia priva di significato. I meccanismi che determinano un blocco delle espressioni emozionali non

sono chiari, ma probabilmente coinvolgono un'inibizione temporanea dei circuiti che controllano tali espressioni, situati soprattutto nell'emisfero destro, e in particolare a livello dell'amigdala e della corteccia orbito-frontale. Per esempio, persone con lesioni a carico dell'emisfero destro possono presentare una ridotta capacità sia di esprimere i loro stati emotivi, sia di percepire le emozioni proprie e altrui. Studi di imaging cerebrale condotti su soggetti depressi hanno inoltre riscontrato in questi pazienti, che mostravano una diminuita espressività facciale, l'esistenza di un blocco funzionale nell'attivazione dei centri dell'emisfero destro responsabili della percezione dei volti (Rubinow, Post, 1992; George et al., 1997). Queste osservazioni indicano che la manifestazione e la percezione di emozioni attraverso espressioni facciali potrebbero quindi essere processi neurobiologicamente collegati.
La capacità di esprimere le proprie emozioni varia grandemente da individuo a individuo. La manifestazione di stati emozionali primari si basa principalmente su segnali non verbali, come espressioni del viso, toni di voci, gesti e movimenti degli arti, e sulle modalità (tempismo, fluidità) con cui questi messaggi si accordano con quelli trasmessi da un'altra persona. Se l'individuo è consapevole dei segnali che invia e riceve può più facilmente modificare il suo stato della mente in funzione di quello della persona che ha di fronte; può riflettere sulle sue sensazioni, e ciò può essere essenziale per aiutarlo a capire le emozioni dell'altro. Il fatto di sentirsi "compresi" nel senso profondo del termine, di avere la sensazione che altri provino le nostre stesse emozioni e siano in grado di rispondere in maniera diretta e immediata alle nostre comunicazioni, è un ingrediente fondamentale delle nostre relazioni di attaccamento, nell'infanzia come in età adulta. Queste forme di interazione interpersonale permettono lo stabilirsi di stati di sintonizzazione affettiva che favoriscono l'amplificazione di emozioni positive e la riduzione di emozioni negative; nell'ambito di relazioni di attaccamento sicuro, consentono al bambino di sviluppare le capacità di autoregolazione necessarie per controllare e diminuire l'impatto di stati della mente "spiacevoli".

1.9 La regolazione affettiva e la mente

La modulazione dei processi di valutazione e arousal gioca un ruolo fondamentale nell'organizzazione della mente. La capacità di regolare le emozioni emerge precocemente, nell'ambito di relazioni di attaccamento sicuro, in cui forme di comunicazione collaborative e dialoghi "riflessivi" permettono al bambino di sviluppare una coerenza interna e funzioni mentalizzanti. L'organizzazione del Sé è acquisita all'interno di esperienze interpersonali di sintonizzazione affettiva, che consentono l'amplificazione di stati emotivi positivi e facilitano in controllo di emozioni negative; attraverso questi stati di risonanza diadica il bambino impara a comunicare e a condividere le sue emozioni, e ad allargare i suoi margini di tolleranza.
I sette aspetti essenziali della regolazione delle emozioni - intensità, sensibilità, specificità, finestre di tolleranza, processi di ritorno entro i margini di tolleranza, accesso alla coscienza ed espressioni esteriori - sono legati sia a componenti costituzionali (temperamento), sia alla storia delle nostre relazioni di attaccamento. Nei nostri primi anni di vita fattori "epigenetici", e in particolare esperienze sociali che influenzano l'espressione genica e la maturazione esperienza-dipendente delle nostre strutture cerebrali, hanno effetti diretti sulle modalità con cui si sviluppano i circuiti neurali implicati nella modulazione delle emozioni; in età adulta, gli stessi elementi di attaccamento nell'ambito di relazioni interpersonali possono contribuire allo sviluppo di nuove capacità di organizzazione del Sé.
Molto forme di malessere mentale possono essere considerate come il risultato di stati di disregolazione emotiva. Tali stati possono manifestare con improvvise esplosioni di emozioni, come rabbia, tristezza, o terrore, che superano i limiti della finestra di tolleranza e travolgono le capacità di pensiero razionale, di flessibilità di risposta e di autoriflessione; l'individuo ha la sensazione di avere "perso il controllo", e le sue attività interne e interpersonali sono compromesse. Per poter aiutare queste persone

è necessario cercare di favorire lo sviluppo di processi di organizzazione del Sé più efficaci, e in tal senso può essere molto importante l'acquisizione di maggiori capacità metacognitive e di una funzione riflessiva mentalizzante. Caratteristiche costituzionali, esperienze traumatiche o relazioni di attaccamento non ottimali possono produrre una regolazione maladattiva delle emozioni, che limita la resistenza emotiva e la flessibilità comportamentale dell'individuo; se le capacità del sistema limbico di modulare intensi stati di arousal sono ridotte, può essere particolarmente utile imparare a usare funzioni neocorticali che permettono di analizzare, e quindi di intervenire, sulle risposte disregolative iniziali. In altre parole, quando una persona va al di là dei suoi margini di tolleranza, perde la capacità di pensare razionalmente; modificare le reazioni automatiche iniziali può essere molto difficile, soprattutto se si tratta di risposte radicate, che sono state inscritte precocemente nei suoi circuiti limbici. Tuttavia, strategie che coinvolgono attività neocorticali possono aiutare l'individuo a riportare l'intensità di queste risposte emozionali entro livelli più tollerabili (per esempio attraverso dialoghi riflessivi interni, oppure rievocando l'immagine "tranquillizzante" di una figura di attaccamento), e a renderle meno frequenti e più facilmente controllabili.

1.10 Emozioni e processi integrativi

Una delle caratteristiche principali della mente è la sua capacità di collegare e coordinare, in ogni determinato momento e nel corso del tempo, processi di varia natura in un insieme coerente di attività; per definire le funzioni su cui si basa tale capacità, nell'ambito di discipline che studiano differenti aspetti della vita mentale - dalla psicologia sociale alle neuroscienze - viene usato il termine "integrazione".
All'interno del cervello il coordinamento di attività che coinvolgono circuiti neurali distinti permette l'emergere di funzioni complesse. In questi processi di integrazione neurale svolgono un ruolo centrale le regioni limbiche e associative, e in particolare le zone frontali come la corteccia orbito-frontale, che sono ampiamente collegate a varie aree cerebrali. I meccanismi del lobo frontale non sono ancora completamente chiari, ma si sa che collegano le attività della corteccia frontale ai diversi sistemi di regolazione del cervello, da quelli che controllano i livelli di arousal attraverso proiezioni del tronco cerebrale alle interazioni rientranti cortico-limbiche implicate nel controllo della memoria. Quando saranno sufficientemente chiariti, tali meccanismi si riveleranno centrali non solo nella modulazione dei processi fisiologici del tessuto nervoso, ma anche nella rappresentazione e nel mantenimento del Sé (Tucker, Luu, Pribram, 1995).
I meccanismi di integrazione neurale sono quindi fondamentali per i processi di autoorganizzazione, e per la capacità del cervello di creare un senso del Sé. Tucker e collaboratori suggeriscono inoltre che a livello cerebrale si possono distinguere, in base alle caratteristiche anatomiche dei circuiti implicati, almeno tre diverse forme di integrazione: "verticale", "dorso-ventrale", "laterale" (Tucker et. al., 1995). Nei processi verticali le funzioni "inferiori" del tronco encefalico e delle regioni limbiche vengono integrate con attività "superiori" - per esempio, di programmazione cognitiva o motoria - mediate dalle aree frontali neocorticali. In questa forma di integrazione processi di varia natura e complessità, che possono coinvolgere diverse strutture cerebrali, vengono coordinati in un sistema unitario e funzionale.
L'integrazione dorso-ventrale è legata invece alle vie dorsale, o archicorticale, e ventrale, o paleocorticale, che sarebbero dominanti, rispettivamente, nell'emisfero destro e sinistro. Questi due circuiti mediano differenti forme di processi motivazionali e di controllo motorio, e creano rappresentazioni di natura diversa. Le donne presentano una specializzazione emisferica meno accentuata, e ciò potrebbe essere dovuto, almeno in parte, a una maggiore partecipazione delle vie dorsali e ventrali alle attività di ciascuno dei due lati del cervello: meccanismi di integrazione dorso-ventrale porterebbero quindi a una minore lateralizzazione funzionale dei complessi processi rappresentazionali che hanno origine nei due emisferi.

Infine, per integrazione laterale si intende il coordinamento di funzioni in cui sono implicati circuiti caratterizzati da un simile livello di complessità; per esempio, il collegamento di processi percettivi mediati da modalità sensoriali diverse - visive, tattili o uditive - nella creazione di un quadro d'insieme di una data esperienza.
Questa forma di integrazione può coinvolgere neuroni associativi che connettono fra loro sistemi anatomicamente e funzionalmente distinti; quando a essere collegati sono processi mediati da regioni dei due lati del cervello possono essere usati i termini "integrazione bilaterale" o "interemisferica". A questo proposito, secondo Trevarthen il corpo calloso e la commisura anteriore sono "le sole vie attraverso le quali le funzioni percettive e cognitive superiori, i processi di apprendimento e di coordinamento delle attività motorie volontarie possono essere integrate", attraverso processi di selezione "che portano alla creazione di una serie di legami associativi complementari tra le mappe corticali di varie funzioni sensoriali e motorie" (Trevarthen, 1990).
Il fatto che "il maggiore livello di integrazione dei processi sensoriali, motori e valutativi può essere raggiunto nella corteccia prelimbica primitiva" ha portato Tucker e collaboratori a suggerire la possibilità che queste tre forme di integrazione, in ognuna delle quali sono coinvolte attività mediate da questa regione cerebrale, siano in realtà interdipendenti (Tucker et. al, 1995). Per esempio, i meccanismi di integrazione verticale sono alla base delle capacità dell'emisfero destro di avere un controllo predominante su determinate funzioni "inferiori", come la rappresentazione e la regolazione delle attività dell'organismo mediate dal sistema nervoso autonomo, mentre processi di integrazione laterale sono coinvolti, durante le fasi di sonno REM, nei meccanismi di registrazione e richiamo in cui le cortecce orbito-frontali destra e sinistra sono implicate in attività di integrazione verticale e laterale; futuri studi saranno necessari per chiarire se e come questa regione cerebrale partecipi anche a meccanismi di integrazione dorso-ventrale, in uno o in entrambi i lati del cervello.
Un altro esempio che illustra come le attività di aree cerebrali diverse possano essere coordinate in circuiti integrati è dato dai collegamenti fra la corteccia frontale e i nuclei della base. Secondo Steven Wise e collaboratori, questo sistema ha un ruolo centrale nell'indirizzare i nostri comportamenti attraverso la valutazione di una serie di input; i gangli della base mediano comportamenti diretti da regole, mentre la corteccia frontale fornisce alternative basate sull'elaborazione di informazioni che si riferiscono al contesto (Wise et. al., 1996).
Il sistema corteccia frontale-nuclei della base permette quindi all'individuo di sottrarsi a regole maladattive, che non risultano adeguate alla situazione del momento.
L'integrazione funzionale di aree "motorie" (i nuclei della base) con regioni responsabili di "programmazioni" astratte più complesse (i lobi frontali) - che può essere considerata anche come un esempio di integrazione fra meccanismi di codificazione implicita e di processing esplicito - avrebbe dunque importanti implicazioni per quanto riguarda lo sviluppo e l'applicazione di nuove risposte comportamentali; questi concetti sono in accordo con il ruolo che la corteccia orbitofrontale
svolge nei processi di flessibilità di risposta, che ci permettono di alterare le nostre reazioni in funzione del variare delle condizioni ambientali (Calvin, 1993; Mesulam, 1998; Nobre et. al., 1999).
I sistemi integrati, grazie al coordinamento delle loro attività, definiscono le loro proprietà caratteristiche, e il risultato globale è maggiore della semplice somma delle singole parti. Nello sviluppo e nel funzionamento della mente hanno anche un ruolo fondamentale quelli che vengono definiti come processi di "integrazione spaziotemporale"
(Freeman, 1994). Sistemi caratterizzati da vari livelli di complessità - da gruppi neuronali a complicati circuiti che collegano diverse aree cerebrali - si basano su pattern di attività coordinati nello spazio e nel tempo. Ciò significa che il cervello è capace di creare, nel presente, pattern di attività neuronali in cui vengono incorporate

influenze generate da passate esperienze. L'organizzazione dei processi della memoria consente al cervello di funzionare come una macchina che cerca di "rappresentare il futuro" in base agli avvenimenti del passato; questi meccanismi di "anticipazione" influenzano direttamente le modalità con cui possono essere stabiliti legami fra processi diversi in un dato momento e nel corso del tempo.
La mentre crea rappresentazioni complesse attraverso processi di integrazione spaziotemporale
fra percezioni (input) e azioni (output), nel tentativo di interagire con un ambiente che cambia nel tempo e nello spazio. Tali processi rappresentazionali ci permettono di valutare più rapidamente le diverse situazioni, di intuire ciò che molto probabilmente ci riserva l'immediato futuro, e di agire in maniera più adattiva, aumentando le nostre probabilità di sopravvivenza; in questo senso i meccanismi di integrazione possono essere considerati come processi fondamentali nell'evoluzione della mente umana.
Le esperienze determinano attivazioni neuronali che possono indurre processi di trascrizione genica e cambiamenti a livello delle connessioni sinaptiche. Le informazioni sono trasmesse attraverso il coinvolgimento dei circuiti neurali distinti in cluster di attivazioni che vengono funzionalmente collegate, e ciò porta alla creazione di ulteriori rappresentazioni e di nuovi stati della mente. Quando nuovi elementi di elaborazione delle informazioni vengono incorporati in un nuovo stato del sistema, il legame di questi elementi diversi in un insieme funzionale unitario è l'essenza dei processi di integrazione. Proprio in base a questi meccanismi neuronali fondamentali succede che stati della mente particolarmente radicati possono venire o meno integrati nel flusso generale dei complessi stati del sistema. Per esempio, forme di attaccamento insicuro possono essere associate a modelli operativi interni multipli e incoerenti, e a stati della mente scarsamente flessibili - come stati di paura o di vergogna - che non vengono integrati nel corso del tempo e che danno origine a stati del Sé specifici potenzialmente disfunzionali. Possiamo ipotizzare che in questi casi la creazione di nuovi collegamenti neuronali porti a un'alterazione dei vincoli del sistema dinamico del cervello, con cambiamenti che possono favorire l'integrazione di stati funzionalmente indipendenti e isolati, che interferiscono con le sue capacità di adattamento.
In questi processi di integrazione giocano un ruolo centrale le emozioni. Come già visto in precedenza, Le emozioni sono processi intrinsecamente integrativi, che collegano fra loro processi interni e individui diversi, e che sono coinvolte in maniera importante nei meccanismi di autoregolazione e nelle comunicazioni che si stabiliscono all'interno delle relazioni interpersonali. Come osserva Antonio Damasio:
Non è possibile discutere delle funzioni integrative del cervello senza prendere in considerazione le attività più complesse generate dai sistemi neurali, e sarebbe irragionevole non identificare le emozioni fra le componenti integrative critiche che operano a tale livello. Ciò nonostante per tutto il ventesimo secolo si è spesso discusso del cervello e della mente integrata ignorando quasi completamente l'esistenza stessa delle emozioni, e non solo trascurando le loro fondamentali funzioni o l'importanza di comprendere le loro basi neurobiologiche. (Damasio, 1998)
Eventi emotivamente significativi possono permettere alla nostra mente di continuare a imparare durante l'intero corso della nostra esistenza. In questi meccanismi di apprendimento le esperienze svolgono un ruolo essenziale, stimolando la formazione di nuove connessioni sinaptiche e alimentando processi di sviluppo che possono continuare per tutta la vita dell'individuo (Benes, 1994), e coinvolgere anche i circuiti neurali implicati in funzioni integrative. I neuroni che mediano il coordinamento di informazioni generate da regioni cerebrali distinte possono continuare a svilupparsi secondo modalità determinate da programmi genetici e da forme specifiche di esperienze. Esperienze e processi innati possono così permettere al nostro cervello di continuare a sviluppare le sue capacità di integrazione, attraverso meccanismi di

differenziazione dei circuiti neurali che coinvolgono tutta una serie di processi diversi: crescita degli assoni, formazione di nuove connessioni sinaptiche e aumento della velocità di conduzione delle fibre nervose legato a un incremento della loro mielinizzazione. Il movimento verso una maggiore integrazione è in accordo con la teoria della complessità: la presenza di sottosistemi altamente differenziati e funzionalmente collegati fra loro permette al sistema di raggiungere livelli di complessità più elevati. In questo senso un progressivo aumento del grado di differenziazione e di integrazione delle varie funzioni cerebrali durante l'intero corso della nostra esistenza può essere considerato come il risultato naturale dei processi di sviluppo. Possiamo immaginare che in alcuni di noi tali processi con il passare degli anni portino, per esempio, a una maggiore "saggezza", alla capacità integrativa di riconoscere pattern generali nelle diverse esperienze e situazioni, anziché concentrarsi sui dettagli che caratterizzano i singoli eventi. Al contrario, diverse forme di disturbo mentale possono emergere da processi e vincoli interni o esterni - legati a fattori costituzionali, a esperienze o a relazioni interpersonali - che interferiscono con questo movimento naturale verso una maggiore integrazione, fissando il flusso del sistema in direzioni maladattive che portano a stati eccessivamente rigidi o caotici.
Possiamo quindi pensare che uno sviluppo "sano" ed equilibrato sia alimentato da processi interni e relazioni interpersonali che promuovono una continua differenziazione delle varie componenti del sistema della mente, e nello stesso tempo la loro integrazione. Le emozioni e i flussi di energia e informazioni all'interno del sistema sono alla base si questi processi di integrazione, che permettono un continuo sviluppo nella singola mente e nelle menti di più individui che interagiscono fra loro. Nell'ambito delle nostre relazioni con gli altri, differenziazione individuale e integrazione interpersonale consentono alle nostre menti di continuare a "crescere", in una complessa interdipendenza biologica dei nostri mondi interni e sociali.

Capitolo 2

ATTACCAMENTO E REGOLAZIONE AFFETTIVA

Nel bambino le prime manifestazioni comportamentali che possiamo cogliere sono quelle dell'attaccamento, che Bowlby (1975; 1976; 1983) inquadrò nel contesto di una teoria basata sull'osservazione di comportamenti interattivi. Il bambino è predisposto geneticamente a sviluppare un legame di attaccamento con chi si prende cura di lui alla ricerca di protezione, per un bisogno innato, forse una pulsione, funzionale alla sua sopravvivenza. L'attaccamento costituisce uno dei sistemi di controllo del comportamento, che motiva il bambino ad avvicinarsi alla figura di accudimento per mantenere un senso di sicurezza (Lichtenberg, 1989). I comportamenti di attaccamento sono già visibili, alla nascita, nel riconoscimento uditivo, olfattivo, tattile e cenestetico della madre da parte del neonato; al secondoterzo
mese di vita diventano poi capacità di proposta e risposta quando il bambino sa riconoscere persone familiari ed interagire con esse in modo differenziato. A partire dall'ottavo mese compaiono indicazioni chiare di un legame di attaccamento ben sviluppato e durevole: il bambino mette in atto comportamenti di avvicinamento e di ricerca del contatto verso le persone familiari, mentre è timoroso nei confronti degli estranei. Dalla fine del primo anno di vita, con i chiari segni dati attraverso il riferimento sociale (social referencing) e la comprensione della teoria della mente dell'altro (Camaioni, 1995), egli entra in una fase di attaccamento decisamente direzionato, in cui si comporta in modo intenzionale, pianifica le proprie azioni in funzione degli obiettivi, prende in considerazione sentimenti, motivazioni e obiettivi dell'altro tramite la comprensione dello stato della mente e diventa, quindi, capace di usare in modo flessibile i mezzi di segnalazione sociale per ottenere i propri scopi. Tra i comportamenti di attaccamento alla fine del primo anno di vita, emergono le differenze individuali. Queste differenze riflettono la diversità temperamentale, ossia la diversa attivazione e predisposizione ad esprimere le emozioni, ma anche il modello di

regolazione affettivo-cognitiva che si è sviluppato tra caregiver e bambino durante il primo anno di vita. I comportamenti di attaccamento manifestati dal bambino sono, cioè, il risultato della qualità delle interazioni precoci di attaccamento e determinano il modo in cui il soggetto processa le informazioni.
Verso la fine del primo anno di vita, con la comparsa della simbolizzazione, si forma un modello interno delle proprie relazioni d'attaccamento. Questa rappresentazione mentale, definita modello operativo interno, comprende: il modello operativo del Sé, ossia l'immagine che il soggetto ha di sé, il concetto di quanto sia accettabile o meno agli occhi degli altri; il modello operativo del mondo, che consiste nella rappresentazione del soggetto circa la realtà esterna; gli assunti su come funzionano le relazioni interpersonali. Sulla base di questa struttura mnestica il bambino si crea aspettative sulle figure di attaccamento, sulla loro responsività e accessibilità, impara a prevedere e capire come ottenere la vicinanza e il sostegno degli altri e come muoversi nel mondo sociale. Tali modelli costituiscono quindi una guida per le azioni del bambino: lo mettono in condizione di anticipare il comportamento dell'altro e di pianificare un'adeguata linea di risposta. Poiché il modello operativo interno costituisce l'interiorizzazione delle esperienze interattive precoci, un bambino che sa esprimere i propri bisogni adeguatamente, cresciuto con un caregiver sensibile e disponibile, sviluppa autostima, fiducia negli altri, aspettative positive nei confronti delle relazioni interpersonali; viceversa un bambino che ha sperimentato figure di accudimento spaventate, incerte, incostanti o comunque inadeguate, sviluppa un'autostima limitata o discontinua, talora ipertrofica, una sfiducia nelle altre persone e aspettative negative nei confronti delle relazioni (Bretherton, 1991; 1993; 1995).
Queste due modalità sintetizzano i due tipi fondamentali di attaccamento: l'attaccamento sicuro e quello insicuro. Va aggiunto tuttavia che, contrariamente a quanto affermato dalla maggior parte degli studi sull'attaccamento, i soggetti che hanno un attaccamento sicuro, creatosi però in una situazione "facile", avranno più difficoltà a trovare soluzioni vitali in casi di emergenza, che verrano invece, in molti casi, più facilmente affrontate dagli insicuri già abituati a difendersi.
Il tipo di attaccamento può essere verificato attraverso la procedura sperimentale denominata "Strane Situation Procedure" ideata da Mary Ainsworth (Ainsworth et al. 1978; Ainsworth e Witting, 1969), attraverso la quale è possibile rilevare l'organizzazione dell'attaccamento dai 12 ai 24 mesi e valutare l'equilibrio tra il sistema di attaccamento e il sistema di esplorazione del bambino. Si basa sull'osservazione del comportamento del bambino in una situazione di separazione e riunione con la madre. I modelli principali di attaccamento che è possibile inferire attraverso questa prova sono 3: sicuro, evitante, ambivalente. Successivamente sono stati aggiunti altri due modelli di attaccamento, quello disorganizzato/disorientato e quello misto, particolarmente presente in situazioni psicopatologiche. L'attaccamento può inoltre essere rilevato in età adulta attraverso la "Adult Attachment Interview" (George et. al., 1985), un'intervista che mette in risalto gli aspetti peculiari del tipo di attaccamento attraverso la narrazione.

2.1 Rapporto genitore-figlio e sviluppo delle emozioni

Gli studi condotti da Allan Schore sui processi di regolazione affettiva forniscono un'ampia trattazione delle basi neurologiche dello sviluppo emotivo (Shore, 1994, 1996, 1997). Il bambino deve sviluppare la capacità di regolare i suoi stati fisici e mentali; attraverso processi di comunicazione emotiva e di "allineamento" di stati della mente, risponde ai pattern di attivazione neurale dei genitori mediante meccanismi di "interiorizzazione", che consentono alle attività del cervello più maturo dell'adulto di plasmare direttamente lo sviluppo dei suoi sistemi neuronali. I processi di sintonizzazione emotiva creano fra le menti di genitore e figlio connessioni che sono essenziali nel consentire al cervello del bambino di acquisire la capacità di modulare e di organizzare le sue funzioni in maniera sempre più autonoma.
Facendo da tramite fra il cervello e il corpo, il sistema nervoso autonomo partecipa

direttamente al controllo degli stati di arousal. Attraverso il sistema simpatico può indurre stati di eccitazione e di ipervigilanza, associati a un alto dispendio energetico, con risposte che possono includere, per esempio, un aumento della frequenza cardiaca, dei ritmi respiratori e della sudorazione.
Il sistema parasimpatico ha invece in generale un'azione inibitoria, che favorisce il risparmio di energia; la sua attivazione porta a un rallentamento del battito cardiaco e della frequenza respiratoria, e a una ridotta vigilanza e reattività nei confronti degli stimoli ambientali (Porges et al., 1994).
Nel corso del primo anno di vita lo sviluppo del sistema simpatico è dominante, mentre il sistema parasimpatico diventa progressivamente più attivo a partire dal secondo anno; quando il bambino incomincia a camminare diventa in effetti essenziale avere la possibilità di modulare gli stati emozionali primari mediati dal sistema simpatico (interesse, eccitazione, gioia) allo scopo di controllare e impedire comportamenti tendenzialmente pericolosi (Shore, 1994). Durante i primi mesi di vita del bambino la condivisione e l'amplificazione di questi stati positivi, che possono essere considerate come una forma di risonanza delle attività dei sistemi simpatici di genitore e figlio, costituisce una parte essenziale e dominante delle loro comunicazioni emotive. Più tardi invece è necessario che i genitori intervengano con divieti e proibizioni tesi a inibire tali stati emotivi "attivanti", che in determinate situazioni possono mettere a repentaglio la sicurezza del bambino; per esempio, se un bambino è molto piccolo e tenta di arrampicarsi su una scala, è importante che abbia appreso il significato della parola "No!": "Non farlo; fermati immediatamente". Ma come è possibile che gli stati della mente di genitore e figlio entrino in sintonia, se il bambino sta imparando che il genitore può non condividere la sua eccitazione nei confronti di ciò che sta facendo? In realtà, la ricerca di un equilibrio fra il bisogno di condividere i suoi stati mentali e le proibizioni dei genitori costituisce uno degli aspetti principali dello sviluppo delle capacità di autoregolazione del bambino.
A questo proposito, Shore identifica nella vergogna l'emozione che il bambino prova quando a un suo stato di arousal non corrisponde una risposta analoga da parte del genitore; entro certi limiti si tratta di un'emozione essenziale, inevitabile e necessaria, che lo aiuta a imparare a regolare i suoi stati della mente e i suoi impulsi comportamentali (Shore, 1994, 1996, 1997). Si pensa che questa forma di vergogna sia generata dall'attivazione del sistema parasimpatico (in risposta a un "No!" esterno) nel quadro di uno stato di arousal sostenuto dal sistema simpatico (un "Forza, andiamo!" interno); è come se dopo aver premuto il pedale dell'acceleratore (il sistema simpatico) schiacciassimo improvvisamente anche quello del freno (il sistema parasimpatico). Un sentimento di vergogna non è quindi semplicemente il prodotto di attività parasimpatiche, ma richiede una situazione dinamica in cui a un elevato tono simpatico fa seguito un'attivazione del sistema parasimpatico. Secondo Schore la vergogna è legata ad una mancata "connessione emotiva": il bambino tenta attivamente di raggiungere uno stato di sintonizzazione affettiva, ma questi tentativi vengono frustrati dal genitore. In questo senso specifico non costituisce di per sé un'emozione negativa; al contrario, contribuisce in maniera significativa allo sviluppo di capacità di autocontrollo che permettono al bambino di modulare emozioni e comportamenti in funzione del contesto sociale. Tuttavia, interazioni che inducono un senso di vergogna e che sono seguite da una riparazione delle comunicazioni genitorefiglio,
o che sono accompagnate da protratte manifestazioni di rabbia da parte dell'adulto, portano all'instaurarsi di stati di umiliazione, emozione che ha caratteri diversi dalla vergogna e che avrebbe invece effetti nocivi sulla maturazione del cervello del bambino (Shore, 1994).
La corteccia orbito-frontale, situata in posizione chiave ai limiti del sistema emozionale limbico e in stretta prossimità delle aree corticali associative responsabili delle funzioni "superiori" del pensiero e della coscienza, gioca un ruolo fondamentale nelle

regolazione affettiva. Coinvolta in maniera importante nei processi di valutazione, questa regione cerebrale, che è particolarmente sensibile alle forme di comunicazione mediate da sguardi ed espressioni facciali, influenza direttamente le modalità con cui gli stati di arousal vengono elaborati in vari tipi di esperienze emozionali. Prima di analizzare meglio il ruolo della corteccia orbito-frontale è bene chiarire il concetto di "sintonizzazione affettiva". Con questa espressione ci si riferisce alle comunicazioni che avvengono tra genitore e figlio, ed in particolare allo stato di corrispondenza fra gli "stati psicobiologici" della diade adulto-bambino che si crea durante tali interazioni (Field, 1985; Stern, 1985; Schore, 1994). Altri termini correlati sono "allineamento" e "risonanza". Per allineamento si intende una componente dei processi di sintonizzazione affettiva, in cui lo stato di un individuo viene modificato per accordarsi con quello dell'altro; può essere quindi un processo unilaterale, in cui un solo membro della coppia altera il suo stato in funzione di quello dell'altro, o biunivoco, con la partecipazione attiva di entrambi gli individui coinvolti. Per esempio, un genitore può cercare di far addormentare un bambino eccitato; i suoi tentativi avranno quasi sicuramente una maggiore probabilità di successo se riesce ad avvicinarsi in un primo momento allo stato emotivo del figlio, per poi arrivare progressivamente a calmarlo, invece di aspettarsi semplicemente che il bambino si tranquillizzi da solo: l'allineamento unidirezionale iniziale del genitore permette al bambino di raggiungere più facilmente uno stato di calma.

I processi di sintonizzazione affettiva portano inoltre all'instaurarsi di quella che viene definita come "risonanza", lo stato in cui le menti di due individui si influenzano reciprocamente. Una risonanza emotiva, per esempio, non coinvolge unicamente un accordo di stati emozionali, ma include le modalità con cui questa si ripercuote su altri aspetti e attività della mente. La risonanza continua anche dopo l'allineamento; in questo modo la sintonizzazione affettiva si basa su un'alternanza di momenti di allineamento e di non allineamento degli stati della mente, e permette una risonanza emotiva che persiste anche quando i due individui non sono più in diretta comunicazione.

Secondo Schore le relazioni di attaccamento e i processi di sintonizzazione hanno un impatto diretto sulle attività della corteccia orbito-frontale (Schore, 1996). Questa regione cerebrale può mediare la regolazione di stati di arousal attivando una sorta di "frizione" emotiva, che permette di rilasciare il pedale dell'acceleratore simpatico e di premere i freni parasimpatici. In altre parole, momenti di rottura nelle comunicazioni emotive fra genitore e figlio inducono un'attivazione del sistema parasimpatico, mentre un successivo riallineamento porta alla riattivazione del sistema simpatico, associata a livelli di arousal più appropriati e accettabili; flussi di energia all'interno della mente del bambino vengono modulati e incanalati in nuove direzioni. Il piccolo impara che ciò che sta facendo non piace ai genitori, ma se lo cambia loro entreranno ancora in connessione con lui, per cui alla fine tutto andrà bene. Si crea quindi un equilibrio tra freni e acceleratore, e tale equilibrio costituisce l'essenza dei processi di regolazione affettiva.

I margini di tolleranza nei confronti dei livelli di attivazione del sistema nervoso autonomo possono variare in maniera significativa da individuo a individuo; il superamento di questi limiti, con l'instaurarsi di stati di arousal (il sistema simpatico) o di inibizione (il sistema parasimpatico) eccessivi, può essere associato a una riduzione delle capacità di rispondere in maniera flessibile e adattiva all'ambiente, e avere effetti negativi sulle funzioni e sullo sviluppo del cervello.

2.2 Risposte parentali

Le modalità con cui il genitore risponde ai comportamenti e agli atteggiamenti di sfida del figlio definiscono il tono generale delle interazioni all'interno della coppia, e influenzano direttamente lo sviluppo delle capacità del bambino di regolare le sue emozioni e i suoi stati della mente. Consideriamo, per esempio, un bambino di quattordici mesi che vuole arrampicarsi su un tavolo su cui è posta una lampada. In

una situazione del genere, la madre può reagire in molti modi diversi. Può gridare "No!", e poi portare il figlio in giardino, dove il bambino può sfogare più liberamente il suo desiderio di muoversi ed esplorare; oppure può non accorgersi del fatto che il figlio sta cercando di salire sul tavolo, sentire il rumore della lampada che cade per terra, raccoglierla, dire pacatamente al bambino di non farlo un'altra volta o semplicemente ignorarlo per il resto della giornata. Alternativamente, può urlare "No!" e quindi sgridarlo aspramente, per poi sentirsi colpevole e abbracciarlo; infine, decidere di allontanarlo di nuovo per fargli capire che non è contenta di lui. In una quarta possibile risposta la madre potrebbe invece andare terribilmente in collera e gettare con violenza la lampada sul pavimento, vicino ai piedi del bambino, per insegnargli a non fare mai più una cosa del genere. Provando ad immaginare come con il passare del tempo il bambino può imparare a regolare le sue emozioni e i suoi stati di arousal di fronte al ripetersi di ciascuno di questi tipi di risposta, abbiamo davanti vari tipi di risposte che si associano rispettivamente allo sviluppo di un attaccamento sicuro, evitante, ambivalente o disorganizzato.

Sicurezza

Durante il suo primo anno di vita, il bambino stabilisce con le sue figure di attaccamento relazioni che sono caratterizzate da frequenti momenti di sintonizzazione affettiva, spesso centrati sulla condivisione di stati positivi e piacevoli di interesse, eccitazione, divertimento e gioia, mediati da un'attivazione del sistema simpatico. I bambini che sviluppano un attaccamento sicuro nei confronti dei genitori sono in grado di tollerare e di regolare elevati livelli di intensità emotiva. Nell'esempio specifico citato in precedenza, lo stato di arousal del bambino (legato all'eccitazione suscitata dalla prospettiva di scalare il tavolo) si scontra con la proibizione da parte del genitore, che induce un'attivazione del sistema parasimpatico e un senso di vergogna, a cui fa però rapidamente seguito una riparazione quando la madre porta il figlio in giardino in modo che egli possa utilizzare il suo stato di attivazione emotiva in attività socialmente più accettabili. La corteccia orbito-frontale di questo bambino "impara" così che anche intensi stati di arousal (che portano ad una disconnessione emotiva) possono essere alterati, e che ciò può favorire il ristabilirsi del contatto con il genitore. In questo senso è possibile affermare che tale tipo di interazioni (connessione-disconnessione-riparazione) costituisca una delle modalità con cui le forme di comunicazione genitore-figlio possono facilitare lo sviluppo delle capacità di flessibilità di risposta mediate dalla corteccia prefrontale.

Evitamento

Il bambino che presenta un attaccamento evitante non è altrettanto fortunato: il genitore è emotivamente distante, incapace di rispondere in maniera adeguata ai suoi segnali e alle sue esigenze, e le sue reazioni sono spesso caratterizzate da atteggiamenti di trascuratezza o rifiuto. In queste coppie i livelli di sintonizzazione affettiva sono in genere molto bassi, e ciò può influire negativamente sullo sviluppo di emozioni positive come interesse ed eccitazione; le proibizioni e i comportamenti del genitore possono portare a un'eccessiva attivazione del sistema parasimpatico. Le esperienze precoci del bambino possono avere un impatto significativo sulla maturazione delle sue capacità di espressione affettiva e sull'accesso delle emozioni alla coscienza: per cercare di diminuire il senso di frustrazione che deriva dalle sue interazioni con il genitore, il bambino impara a ridurre al minimo l'espressione di emozioni correlate all'attaccamento (Cassidy, 1994).

Da adulte, queste persone possono pagare un prezzo molto alto nel rapporto con se stessi, nell'ambito di relazioni sentimentali, nei rapporti con i figli; le loro capacità di provare intense emozioni, e di percepire le esperienze della mente (propria e altrui) possono essere gravemente ridotte, e il risultato è che le loro fondamentali esigenze affettive rimangono insoddisfatte. Non ne sono però consapevoli; al contrario, in genere ritengono che il loro approccio alla vita sia del tutto adeguato, mentre il loro Sé privato resta fortemente sottosviluppato e inaccessibile alla coscienza.

Adulti evitanti/distanzianti spesso cercano l'aiuto di uno psicoterapeuta in seguito a pressioni da parte di mogli o mariti che presentano uno stato della mente sicuro o ambivalente rispetto all'attaccamento, e che non riescono più a tollerare la freddezza e il distacco emotivo del partner. Paradossalmente, non è raro che il coniuge si sia sentito inizialmente attratto dal paziente proprio a causa della sua "indipendenza e autonomia: non aveva bisogno degli altri"; per una persona ambivalente/preoccupata nei confronti dell'attaccamento, ciò significava non dover temere, da parte del partner, gli atteggiamenti intrusivi e invasivi che avevano caratterizzato le sue relazioni con i genitori. Con il passare del tempo, tuttavia, l'adulto ambivalente può incominciare a sentire il bisogno di una maggiore intimità emotiva; un simile movimento verso stati della mente più sicuri rispetto all'attaccamento si verifica molto più difficilmente nel partner evitante, anche perché quest'ultimo di solito è perfettamente soddisfatto della relazione di coppia: non è conscio di eventuali problemi o sofferenze, e quindi non sente la necessità di cambiare.
In questi pazienti, approcci basati su discussioni razionali e logiche, che rappresentano per loro modalità più naturali di interagire con gli altri, hanno in generale un'utilità limitata; il terapeuta deve cercare piuttosto di favorire lo sviluppo delle loro capacità di sintonizzazione affettiva, e l'attivazione di processi mediati dall'emisfero destro. Incoraggiando immaginazione e altri processi non verbali (per esempio, invitandolo a prestare una maggiore attenzione alle sue sensazioni corporee, ad ascoltare musica, o anche ad iscriversi a una scuola di ballo) il terapeuta può aiutare il paziente a scoprire nuovi modi di vedere se stesso e il mondo, e a diventare maggiormente consapevole delle emozioni e degli stati della mente propri e altrui.
Tecniche di immaginazione guidata possono facilitare un accesso diretto a rappresentazioni prelinguistiche, a processi legati ai meccanismi della memoria implicita e a stati emozionali, con risultati che molti di questi pazienti inizialmente ritengono "bizzarri" e privi di significato; tuttavia, con il passare del tempo questi processi non verbali e non razionali mediati dall'emisfero destro incominciano a influenzare i loro comportamenti e le loro interazioni interpersonali. Mentre nell'ambito della relazione terapeutica continua lo scambio di comunicazioni basate su processi di sintonizzazione e di risonanza emozionale, possono progressivamente emergere nuovi modelli del Sé, e del Sé in rapporto agli altri, che alimentano la ricerca di connessioni affettive; i pazienti possono sviluppare maggiori capacità di integrazione, processi narrativi più coerenti, e in generale un approccio alla vita più ricco e complesso.
Ambivalenza
In queste coppie le risposte del genitore sono spesso confuse e contraddittorie. A volte si sintonizza con lo stato di arousal del figlio; in caso contrario, il bambino percepisce le sue espressioni verbali e non verbali di collera e disapprovazione, che possono protrarsi nel tempo e generare un nocivo senso di umiliazione. Anche se i limiti della sua finestra di tolleranza possono essere relativamente ampi, di fronte alle reazioni ambigue del genitore il bambino può andare incontro a stati di arousal eccessivo, che non sono controbilanciati da un'attivazione del sistema parasimpatico; alternativamente, un'iperstimolazione parasimpatica può portare a prolungati stati di sconforto e disperazione. Sono spesso evidenti segni di ansia e di paura della separazione; per questi bambini la separazione dal genitore significa poter contare unicamente sulle loro capacità di autoregolazione, ma dalle loro ripetute esperienze di stati emozionali eccessivamente intensi hanno imparato che tali capacità sono insufficienti, e continuano quindi paradossalmente a fare affidamento su figure di attaccamento incostanti e imprevedibili. Queste esperienze possono determinare un aumento della sensibilità, che si manifesta soprattutto nelle interazioni con gli altri e in situazioni correlate a perdite o separazioni. In generale è presente una massimizzazione dell'espressione di emozioni legate all'attaccamento; secondo alcuni autori il bambino tenta così di richiamare su di sé l'attenzione di un genitore distratto e incoerente (Cassidy, 1994).

In individui che hanno alle spalle una storia di attaccamento ambivalente, le relazioni con i genitori, dominate dagli stati emozionali intrusivi dell'adulto, possono aver portato all'instaurarsi di un forte senso di vulnerabilità: hanno costantemente paura di "perdere il contatto", con se stessi e con gli altri. Per cercare di andare incontro a coloro che li circondano possono nascondersi dietro comportamenti camaleontici, che rispecchiano risposte automatiche apprese di adattamento del loro sé pubblico agli atteggiamenti intrusivi dei genitori. Nell'ambito di una psicoterapia, ciò può manifestarsi nel tentativo di presentarsi come "pazienti ideali". Nel contesto della relazione terapeutica queste persone tendono a riprodurre pattern di allontanamento e avvicinamento simili a quelli che hanno caratterizzato le loro interazioni con i genitori; mentre i loro stati della mente "privati" diventano lentamente più accessibili, il terapeuta deve essere in grado di cogliere e sfruttare i momenti di apertura che rendono possibile lo stabilirsi di processi di sintonizzazione affettiva. Per riuscire ad aiutare questi pazienti il terapeuta deve essere capace di recepire i segnali non verbali (toni di voce, espressioni facciali, sguardi, gesti) che rivelano i loro stati emozionali primari, e di condividere tali stati, anziché limitarsi a comprenderli a livello concettuale.
Un aspetto importante di questi meccanismi di sintonizzazione e di risonanza, che coinvolgono un "allineamento" degli stati psicobiologici di terapeuta e paziente, è la capacità di riconoscere quando l'altro sta cercando di creare una connessione emotiva e quando invece la sua attenzione è diretta ai processi interni. In ciascuno di noi si alternano continuamente momenti in cui abbiamo bisogno di concentrarci su noi stessi e fasi in cui ci rivolgiamo verso gli altri; attraverso queste oscillazioni il sistema della mente può utilizzare vincoli interni o esterni per regolare il flusso dei suoi stati. Tali concetti ribadiscono l'idea fondamentale che l'organizzazione del Sé è il risultato sia di processi individuali interiori, sia di processi di regolazione diadica. Si pensa inoltre che l'emisfero cerebrale sinistro medi stati di avvicinamento, mentre quello destro sarebbe principalmente implicato in stati di allontanamento e ritiro. L'alternarsi di momenti in cui l'individuo è orientato prevalentemente verso l'interno o l'esterno potrebbe quindi essere almeno in parte interpretato come la manifestazione di cicliche fluttuazioni nelle attività dei due emisferi.
Nell'ambito della relazione terapeutica, come in generale in tutti i rapporti emotivamente coinvolgenti, è inevitabile che si verifichino rotture nei processi di sintonizzazione; se a queste disconnessioni non fanno però seguito meccanismi di riparazione, possono instaurarsi stati negativi di vergogna e umiliazione che diventano seri ostacoli alla comunicazione interpersonale. Non si tratta semplicemente di stati spiacevoli, che generano inquietudine e disagio; l'individuo può sentirsi risucchiato in un buco nero, in un pozzo di disperazione senza fondo, in cui il Sé è completamente perduto. Perché possa avere luogo una riparazione è necessario che le due persone coinvolte si rendano conto che è avvenuta una rottura, e cerchino di riaccordare i loro stati della mente attraverso processi interattivi che richiedono una diretta partecipazione di entrambi.
Il Sé pubblico cerca in tutti i modi di evitare questi stati di vergogna e umiliazione, ma anche se esplora continuamente l'ambiente sociale per trovare possibilità di connessione non sempre riesce a prevenire una loro attivazione. Nelle persone con attaccamento evitante, uno squilibrio nelle attività dei sistemi simpatico e parasimpatico, legato alle comunicazioni incoerenti che hanno caratterizzato le loro relazioni con i genitori, può rendere tali stati particolarmente difficili da controllare. L'ansia generata dall'emergere di questi stati a livello della coscienza può indurre adattamenti difensivi. Tali difese adattive del Sé pubblico possono variare grandemente; in certi casi si tratta di risposte "primitive" e sterili, come negazione o proiezione del senso di disconnessione su altre persone.
Alcuni di questi individui possono invece adottare approcci più maturi e "socialmente utili", cercando di stabilire connessioni emotive con coloro che li circondano, oppure

sublimando le loro dolorose esperienze in tentativi di aiutare gli altri nella vita professionale (per esempio, insegnanti che prestano una speciale attenzione alle esigenze dei loro allievi, uomini politici che elaborano disegni di legge tesi a difendere i diritti dei bambini, o terapeuti che nelle loro attività pongono una particolare enfasi sulla necessità di comprendere i pazienti e di rispettare la loro individualità).
In una persona che presenta un attaccamento ambivalente/preoccupato sono quindi possibili modalità di adattamento molto diverse nell'ambito di contesti sociali ed emozionali differenti. In questo caso, l'ambiente lavorativo, caratterizzato da un relativo distacco emotivo, può favorire lo sviluppo di processi di sublimazione, mentre l'intimità di relazioni di coppia o di relazioni genitore-figlio può periodicamente facilitare l'attivazione di un intenso senso di "intrusione" o di altre forme di disconnessione affettiva, che portano all'improvvisa comparsa dei temuti stati di vergogna e umiliazione. Nel tentativo di evitare questi stati dolorosi possono venire attivate risposte difensive primitive associate a rabbia o paura, che possono essere accompagnate da distorsioni percettive e interpretazioni scorrette dei comportamenti dell'altro; si creano così momenti di grande vulnerabilità, che possono dare origine a processi di disregolazione diadica.

Disorganizzazione

In questo caso, quando il figlio cerca di arrampicarsi sul tavolo la madre risponde con un'esplosione di rabbia che lo spaventa profondamente; non si tratta solo di paura delle conseguenze dei suoi comportamenti: il bambino teme per la sua stessa incolumità fisica. A tale improvviso stato di paura, indotto dalla figura di attaccamento, corrisponde un adattamento conflittuale, caratterizzato da una contemporanea iperattivazione dei sistemi simpatico e parasimpatico: l'acceleratore e il freno vengono schiacciati simultaneamente. In queste forme di attaccamento il genitore, che ha spesso alle spalle una storia di perdite e traumi non elaborati, fornisce al figlio, senza necessariamente esserne consapevole, risposte disorientanti e disorganizzanti. Queste esperienze di disconessione intense e terrorizzanti non sono seguite da tentativi di riparazione, e diventano elementi che contribuiscono in maniera essenziale a determinare le modalità con cui il bambino apprende a regolare i suoi stati emotivi e i suoi comportamenti; la figura di attaccamento non solo non offre sicurezza e conforto, ma è di per sé fonte di confusione e paura.
La presenza nei genitori di perdite o traumi non risolti può portare allo sviluppo di attaccamenti disorganizzati/disorientati, e a sistemi diadici molto più caotici rispetto a quelli associati ad attaccamenti evitanti o ambivalenti (Liotti, 1992). Nelle relazioni di attaccamento disorganizzato, i comportamenti spaventati, o che inducono paura, dei genitori sono in effetti spesso legati a traumi o lutti non elaborati: l'adulto trasmette al figlio i suoi disturbati processi di organizzazione del Sé attraverso stati disregolati e azioni disorientanti. Questi comportamenti parentali, che possono essere visti come "paradossi biologici", non solo non forniscono al bambino un senso di sicurezza e coerenza, ma interferiscono direttamente con lo sviluppo di processi di regolazione affettiva e di funzioni narrative e integrative. Il risultato è che il bambino entra ripetutamente in stati della mente caotici; da un punto di vista dinamico, tali stati possono essere considerati come "attrattori strani", pattern dissociati e disfunzionali di attivazioni neurali che con il passare del tempo possono diventare caratteristiche radicate del sistema.
Di fronte ad un paziente che ha alle spalle una storia di attaccamento disorganizzato, il terapeuta ha il difficile compito di fornire un ambiente emotivamente sicuro, in cui il paziente può imparare a fare affidamento su di lui per modulare i suoi stati della mente. Relazione terapeutica e processi di autoregolazione diadici vengono in seguito "interiorizzati", attraverso la creazione di un modello mentale del Sé con il terapeuta e la progressiva acquisizione di nuove e autonome capacità di regolazione delle emozioni. Il raggiungimento di questi nuovi livelli di organizzazione del Sé è spesso facilitato da processi integrativi che consentono lo sviluppo di un profondo senso di

coerenza interna (Siegel, 1996).

2.3 Relazioni interpersonali e regolazione affettiva

Le ricerche sull'attaccamento forniscono strumenti importanti per comprendere come le relazioni interpersonali di un individuo possono avere profondi effetti sulla maturazione delle sue capacità di autoregolazione. In particolare, diversi studi indicano che la corteccia orbito-frontale rimane "plastica" nel corso della nostra intera esistenza; in altre parole, che le sue possibilità di sviluppo non si esauriscono una volta superata l'infanzia (Schore, 1996, 1997). La corteccia orbito-frontale media processi neurofisiologici che integrano diversi aspetti delle nostre esperienze: relazioni sociali, valutazione dei significati, coscienza autonoetica, flessibilità di risposta e regolazione delle emozioni. Attraverso lo scambio di segnali non verbali (sguardi, espressioni facciali, toni di voce, gesti) due individui possono comunicare e condividere i loro stati della mente. Queste interazioni contribuiscono direttamente a determinare la natura della loro esperienza in quel particolare momento; nel contesto di una relazione di attaccamento, durante i primi anni di vita del bambino esercitano inoltre sullo sviluppo delle sue strutture cerebrali effetti che possono influenzare profondamente quelli che saranno in futuro i suoi meccanismi di regolazione delle emozioni.

Ciò che emerge dagli studi più recenti è che le relazioni interpersonali possono fornire esperienze di attaccamento che permettono simili cambiamenti neurofisiologici anche in fasi più tardive. In individui che hanno subito traumi gravi, come esperienze di abuso, le strutture cerebrali profonde possono avere subito danni che rendono molto difficili successivi interventi terapeutici; tuttavia, anche in queste situazioni i principi appresi dallo studio dei processi di attaccamento possono rivelarsi utili nell'elaborazione di approcci che aiutano i pazienti a sviluppare maggiori capacità di adattamento allo stress. In molti casi di attaccamento disorganizzato e di dissociazione clinica, per esempio, relazioni terapeutiche possono favorire la maturazione di processi di autoregolazione più efficaci (Siegel, 1995). In quadri meno gravi, in cui lo sviluppo delle strutture cerebrali più profonde non è stato compromesso, possono essere diventati dominanti stati della mente maladattivi; in queste persone la terapia può consentire un movimento del sistema verso modalità di regolazione dei flussi di energia e dei processi di elaborazione delle informazioni più equilibrate e soddisfacenti. A volte è necessario il ricorso a tecniche specifiche, tese a modificare pattern particolarmente radicati di disregolazione emotiva. Il rapporto psicoterapeuta-paziente può fornire un senso di prossimità e di conforto, e un modello mentale interno di sicurezza; durante tutta la nostra vita questi elementi di attaccamento, nell'ambito di una terapia o nel contesto di altre relazioni emotivamente coinvolgenti (come amicizie o relazioni sentimentali), possono facilitare ulteriori processi di sviluppo a livello della corteccia orbito-frontale e aumentare le nostre capacità di regolazione delle emozioni.

Per rendere più chiaro come un intervento psicoterapeutico possa aiutare ad acquisire processi di autoregolazione più flessibili, consideriamo il caso di una bambina di cinque anni, che presentava seri problemi di controllo degli impulsi. Dall'anamnesi risultava che la bambina aveva gravi difficoltà visive, che erano state riconosciute solo quando aveva raggiunto i tre anni e mezzo di età; tuttavia, anche dopo che le erano stati forniti occhiali adeguati, che le permettevano finalmente di mettere a fuoco oggetti e individui, aveva continuato a manifestare, soprattutto a scuola, comportamenti impulsivi e frequenti "esplosioni emotive". Era evidente che la bambina in genere non guardava in volto le persone che la circondavano, e che quindi non osservava le espressioni facciali degli altri per "controllare" come rispondevano ai suoi comportamenti. In questo caso i suoi processi di riferimento sociale, che in genere sono già relativamente sviluppati entro la fine del primo anno di vita (Walden, 1991), apparivano nettamente insufficienti; a scuola la bambina sembrava non prestare alcuna attenzione alle reazioni di insegnanti e compagni, e questo suo stato di

"disconnessione" dava luogo a un quadro che poteva far sospettare un disturbo oppositivo, o anche un deficit di base nei processi di cognitività sociale. Le forme di comunicazione non verbali dirette hanno un ruolo importante nei meccanismi di sintonizzazione e di riferimento sociale che ci permettono di percepire gli stati emozionali altrui, e che sono alla base dello sviluppo delle capacità di regolazione delle emozioni.
Nel corso della terapia la bambina fu incoraggiata a guardare in viso le altre persone (incluso il terapeuta), mentre ai suoi genitori e ai suoi insegnanti vennero fornite nozioni essenziali sulla natura delle relazioni di attaccamento, sui processi di riferimento sociale e sul ruolo svolto dalle comunicazioni non verbali nello sviluppo dei meccanismi di regolazione delle emozioni; l'ipotesi di lavoro era che l'origine delle sue difficoltà sociali fosse da ricercarsi nei suoi problemi visivi, ora corretti. Dopo alcuni mesi la piccola paziente incominciò in effetti a guardare sempre più spesso il volto delle persone con cui parlava; giocando, attribuiva alle bambole sentimenti ed emozioni che diventavano una parte importante delle storie che elaborava con il terapeuta. Con lo sviluppo di queste capacità di percezione delle espressioni facciali, di riferimento sociale e di "teoria della mente", inizio ad interagire con gli altri in maniera socialmente più appropriata. Dialoghi "riflessivi" - il fatto di parlare di sentimenti, pensieri, ricordi, convinzioni, percezioni - le permisero di sviluppare processi mentali che in precedenza erano stati scarsamente utilizzati. Le sue capacità di regolazione delle emozioni sembravano essere complessivamente migliorate: gli episodi "esplosivi" diventarono meno intensi e frequenti, mentre erano diminuite in maniera significativa le manifestazioni di eccessiva impulsività. Nel complesso, è possibile ipotizzare che in tutti questi progressi fosse implicata una maturazione della sua corteccia orbitofrontale,
favorita da nuove forme di interazione interpersonale.
In teoria, questo approccio terapeutico aveva permesso alla bambina di imparare a utilizzare segnali non verbali che nei suoi primi anni di vita, a causa delle sue difficoltà visive, aveva tendenzialmente ignorato; le aveva consentito di apprendere a registrare informazioni fondamentali sugli stati della mente e sulle emozioni di altre persone, invece di continuare a vivere in una situazione di isolamento sociale che era per lei fonte di grave frustrazione, in cui i suoi comportamenti sembravano "impulsivi" in quanto non tenevano conto dei messaggi e delle esigenze degli altri.
2.4 Attaccamento e integrazione
Secondo Main e Goldwyn, adulti che sono in grado di accedere in maniera flessibile a informazioni che si riferiscono ai loro primi anni di vita e di riflettere coerentemente su tali informazioni hanno una maggiore probabilità di crescere figli che sviluppano un attaccamento sicuro (Main, Goldwyn, 1998). Le capacità di riflettere sulla storia della propria infanzia, di concettualizzare gli stati mentali dei genitori e di descrivere l'impatto di tali esperienze sullo sviluppo personale sono elementi essenziali delle narrazioni coerenti che questi individui forniscono nell'ambito dell'AAI (adult attachment interview); la capacità di riflettere sul ruolo degli stati mentali nel determinare i comportamenti umani influenza inoltre profondamente il loro atteggiamento - emotivamente disponibile, sensibile e responsivo - nei confronti dei figli. Fonagy e Target hanno osservato che tale funzione riflessiva va al di là di una semplice capacità di introspezione, e ha effetti diretti sui processi di organizzazione del Sé (Fonagy, Target, 1997); possiamo estendere questo concetto, e dire che permettono anche al genitore di facilitare lo sviluppo di tali funzioni organizzative nel bambino. Individui che presentano una coerenza generale dei loro stati della mente possono infatti stabilire con maggiore facilità forme di relazioni interpersonali - con i loro partner, figli, amici - che alimentano ulteriormente questi processi riflessivi integrativi.
Gli studi sull'attaccamento indicano che tale coerenza può essere valutata attraverso l'analisi delle narrazioni autobiografiche; secondo Pearson e collaboratori, in questi

racconti "congruenza, unità e libere connessioni" costituiscono le caratteristiche fondamentali che rivelano quella che nella AAI è definita come "coerenza della mente" (Pearson et al., 1994). Si pensa che la trasmissione transgenerazionale di modelli insicuri sia dovuta alla persistenza negli adulti di stati della mente incoerenti rispetto all'attaccamento; in base alle prospettive che considerano un attaccamento insicuro come un potenziale fattore di rischio per quanto riguarda lo sviluppo di successivi problemi, comprendere la natura di questa coerenza della mente diventa importante sia per i genitori, sia per i professionisti che si occupano di salute mentale e che sono particolarmente interessati a interventi precoci e misure preventive.
L'integrazione può essere vista come un processo chiave, che influenza profondamente la traiettoria dei percorsi di sviluppo. Per esempio, un'insufficiente integrazione può contribuire all'insorgenza di determinate patologie psichiatriche - come disturbi dell'umore, di identità, alimentari - nel corso dell'adolescenza (Harter et al., 1997). In individui che non riescono a stabilire un senso di coerenza interna possono convivere Sé adattivi che hanno obiettivi diversi e incompatibili, e che sono fonte di ansia e di conflitti; lo squilibrio emotivo di queste persone può essere legato alla loro incapacità di integrare diacronicamente tali stati del Sé in un insieme unitario e armonico. Per esempio, per un individuo che da bambino è stato ripetutamente umiliato atteggiamenti di rifiuto possono continuare ad avere, anche nell'adolescenza e in età adulta, effetti estremamente disorganizzanti. Lo stato del Sé che ricerca costantemente il consenso e l'approvazione degli altri si scontra con il bisogno di emergere e di affermarsi a livello scolastico o nel mondo del lavoro, dove il fatto di ricoprire un ruolo di potere o autorità comporta quasi inevitabilmente il rischio di dispiacere ad altre persone, e il contrasto fra tali opposte esigenze può ostacolare in maniera significativa la carriera professionale di questi individui. In tutti noi possono esistere conflitti fra desideri e realtà esterna. In alcuni casi questi desideri fanno parte di stati della mente relativamente isolati, che spesso rimangono inaccessibili alla coscienza ma che possono dare luogo a squilibri emotivi che si manifestano con depressione, ansia, rabbia incontrollata, sensazioni di inutilità o di estraneità, perdita di motivazioni o difficoltà nelle relazioni interpersonali. Gli studi di Harter e collaboratori indicano che durante l'adolescenza il grado di disagio e malessere è tanto maggiore quanto più l'individuo percepisce i suoi ruoli come "falsi" e "non autentici" (Harter et al., 1997). Contesti sociali che forzano ad adattamenti mediati da stati del Sé che non corrispondono alle esperienze, agli stati mentali e ai bisogni dell'individuo possono quindi favorire lo sviluppo di disturbi emotivi.
In questo senso le relazioni di attaccamento possono fungere da catalizzatori per quanto riguarda, alternativamente, il rischio di patologie o la resistenza psicologica, nella misura in cui facilitano un flusso di stati "non autentici" o "autentici" all'interno di interazioni interpersonali. Si può concludere che le forme di attaccamento insicuro conferiscano vulnerabilità in quanto non offrono al bambino esperienze interpersonali che alimentano processi integrativi di organizzazione del Sé. Più tardi possono avere un ruolo importante anche relazioni con coetanei o insegnanti: interazioni che influenzano gli stati del Sé che emergono nell'adattamento ai diversi contesti sociali hanno effetti diretti sulla salute mentale dell'individuo. Anche se è stato dimostrato che le esperienze precoci di attaccamento hanno un profondo impatto sullo sviluppo della competenza sociale e del senso di autonomia, sembra chiaro che successive relazioni diadiche possono continuare a influenzare la maturazione di funzioni regolative (Sroufe et al., 1990; Feeney, Kirkpatrick, 1996; Howes et al., 1998). Come sottolineano Cicchetti e Rogosch, la capacità di rispondere in maniera flessibile alle contrarietà non è un tratto o una caratteristica acquisita fissa, ma una funzione che continuamente emerge e dipende da processi autoorganizzativi legati a interazioni sociali (Cicchetti, Rogosch, 1997).
Le capacità di integrazione del Sé, come tutte le funzioni della mente, sono continuamente create da interazioni fra processi neurofisiologici interni e relazioni

interpersonali; resistenza e benessere emotivo sono processi mentali fondamentali, che emergono dall'integrazione dei flussi di energia e informazioni all'interno della singola mente e fra menti diverse. Quindi, la mancata integrazione di esperienze significative rappresenta una profonda distorsione del sistema del Sé. Quando esperienze salienti devono essere trascurate, ignorate, sottovalutate o dimenticate, il risultato è un'incoerenza della struttura del Sé; esperienze diverse non possono venire collegate fra loro, e ciò porta a vuoti e fratture all'interno della storia personale che compromettono la complessità e l'integrità del Sé (Ogawa et al., 1997).

2.5 Attaccamento e funzione riflessiva

Le ricerche sui primati non umani in merito alle conseguenze prodotte dalla rottura dei legami con le figure di accudimento aprono una nuova prospettiva sul significato dell'attaccamento nello sviluppo umano. Quando l'assistenza viene interrotta, i piccoli della specie umana, come gli altri primati, passano attraverso la fase della protesta e manifestano uno stato di agitazione, stimolazione crescente e attivazione autonoma (Bowlby, 1969). Dopo diverse ore o giorni, i bambini passano attraverso lo stadio che Bowlby ha chiamato disperazione. In questa fase, l'espressione motoria ed emotiva è limtata, il sonno REM diminuisce, il sonno nel suo complesso appare disturbato e alla normale linea di condotta subentrano atteggiamenti automatici (Hollenbeck et al., 1980; van der Kolk, Fisler, 1994).

La presenza e le risposte adeguate da parte delle figure di accudimento hanno bisogno di ripristinare i livelli ottimali di comportamento, di attivazione psicologica e di stimolazione. In assenza di risposte di questo genere, l'angoscia procede all'attivazione del sistema attacco-fuga. Tuttavia, i bambini hanno ovviamente dei limiti per quanto riguarda la loro capacità di lottare o di fuggire e sono pertanto vincolati a un repertorio relativamente ridotto di azioni per modulare l'agitazione e l'iperarousal: avversione decisa, suzione di parti del proprio corpo e, soprattutto, dissociazione. Attraverso la dissociazione, il bambino può entrare in uno stato simile alla trance e può persino ignorare degli input disforici o eccessivi, comprese le sensazioni interiori (Gardner, Olness, 1981). Perry suggerisce che i ripetuti fallimenti, da parte della figura che accudisce il bambino, nel rispondere ai suoi segnali di disagio, ne organizzano lo sviluppo cerebrale in direzione di una propensione a mettere rapidamente in ordine il sistema attacco-o-fuga, e in particolare la componente dissociativa più facilmente a disposizione del bambino (Perry, 1997).

Come ha notato Stern, sembra essere particolarmente importante, nella modulazione delle capacità di regolazione emotiva del bambino, la sintonizzazione degli affetti tra la madre e i figli, vale a dire la capacità della figura di accudimento di cogliere intuitivamente gli stati interiori del bambino (fame, agitazione, soddisfazione e allegria) e di rispondere in modo da comunicare al bambino, "Ho recepito il tuo messaggio e me ne posso occupare o posso aiutarti a farlo". Le ricerche di Stern fanno vedere che il comportamento di circa metà delle madri si accorda con questa descrizione in termini di sintonizzazione. Nel corso di queste interazioni, il cuore batte e anche altri valori fisiologici delle madri e dei bambini si trovano in sintonia (Stern, 1985).

Il comportamento sintonizzato da parte delle figure di accudimento comunica al bambino l'idea che dietro al loro comportamento vi siano degli stati mentali interni (sentimenti, desideri, intenzioni), e che questi stati mentali sono tali da rendere questi comportamenti comprensibili, dotati di significato e prevedibili. Tali processi si verificano, per esempio, quando una figura di accudimento attribuisce un significato al pianto e all'agitazione del bambino, nutrendolo e verbalizzando ("Oh, caro, sei tanto affamato"). Le ricerche in campo evolutivo dimostrano che tali interazioni non solo mutano lo stato interiore del bambino da agitato e disforico a calmo e soddisfatto, ma attivano inoltre una capacità chiave innata: l'abilità di comprendere che gli stati mentali siano soggiacenti al comportamento umano (Fonagy et al., 1991; Gergely, Watson, 1996).

Quando le figure di accudimento considerano i propri bambini come esseri dotati di intenzioni, il bambino scopre a sua volta che il loro comportamento, così come quello degli altri, è intenzionale. Questa scoperta lascia intravedere il dispiegamento di un'abilità predisposta biologicamente a interpretare il comportamento di ogni agente - se stessi e gli altri - in termini di stati interiori putativi. Gli evoluzionisti si riferiscono a questa acquisizione evolutiva in termini di mentalizzazione o di funzione riflessiva (Fonagy et al., 1991), oppure nella prospettiva di una teoria della mente infantile (Baron-Cohen, 1994, 1995). Questa capacità non dovrebbe essere confusa con l'introspezione, l'intuizione o la capacità di spiegare i nostri o gli altri motivi. Si tratta, invece, della lettura momento per momento di una situazione interpersonale, la quale consente il mutuo aggiustamento in grado di permettere la reciprocità nelle interazioni. Diversi studi hanno dimostrato, per esempio, che il segno distintivo dell'autismo consiste precisamente in una carenza di tipo cerebrale nello sviluppo della funzione riflessiva (Baron-Cohen, 1995; Hobson, 1993). Il radicamento della funzione riflessiva appare evidente già quando si studiano gli scambi faccia-faccia dei segnali affettivi, che si verificano durante i primi cinque mesi di vita (Gergely, Watson, 1996; Tronick, 1989). Attente analisi di queste transazioni dimostrano che sia la figura di accudimento sia il bambino sono sensibili allo stato dell'altro e che entrambi regolano le loro espressioni sulla base delle reazioni anticipate dell'altro. Questa forma di reciproche indicazioni è invece impossibile nel caso di bambini autistici, sia per il loro senso di estraneità sia per la mancanza di reciprocità riferita da coloro che li accudiscono.
Acquisire la capacità di afferrare le indicazioni sociali e di "leggere la mente" apre la strada a uno straordinario sviluppo umano: il miracolo della rappresentazione simbolica (Hobson, 1993). Vi è generale consenso sul fatto che l'armoniosità della relazione madre/bambino rappresenti un contributo chiave per l'emergere del pensiero simbolico (Bretherton, Bates, 1979). Per esempio, un bambino posto di fronte a un dirupo visibile procede oltre il dirupo se la figura di accudimento appare tranquilla, ma rimane attaccato se la figura appare ansiosa. Hobson sottolinea che il problema centrale, per quanto riguarda il riferimento sociale, consiste nell'iniziale apprezzamento, da parte del bambino, della distinzione tra il mondo concreto come qualcosa di dato e un mondo in cui gli oggetti e gli eventi possono avere significati collegati alle persone.
Il gioco e l'attività di simulazione incoraggiano tanto la comprensione degli stati mentali quanto lo sviluppo dei processi di tipo simbolico. Giocare con un'altra persona, anche in un gioco elementare come il cucù, richiede un'esatta sincronia degli stati mentali, degli affetti e del tempo, per il timore che il gioco si interrompa. Quanto più il gioco progredisce nell'ambito della simulazione, tanto più i processi di simbolizzazione vanno avanti. Per esempio, quando un bambino di due anni sceglie un bastone come sostituto di una pistola, attribuisce al bastone un significato scelto autonomamente, che si affianca al suo significato di cosa. Quando i bambini condividono i loro significati simulati e simbolici con gli altri, tengono simultaneamente in mente le due realtà, quella simulata e quella reale, in sincronia con una lettura momento-per-momento dello stato mentale degli altri che condividono la simulazione.
Anche i contatti con i pari e con i fratelli promuovono la mentalizzazione e la simbolizzazione (Jerkins, Astington, 1996; Perner et al., 1994). In effetti, questi contatti possono essere più decisivi nella costruzione degli ideali e degli obiettivi infantili delle interazioni con i genitori. Tale facilitazione non va riferita soltanto alle crescenti opportunità di giochi simulati che i pari sono in grado di proporre, ma anche ai molteplici, simulati e reali, ruoli infantili, che devono sincronizzare in situazioni sociali più complesse. In questo modo il bambino impara ad apprezzare la giusta indicazione sociale che segnala l'opportunità di essere fratello o sorella, compagno di gioco, rivale, bambino etc.
Poi abbiamo il linguaggio. La verbalizzazione in merito ai sentimenti e alle ragioni che

stanno alle spalle delle azioni del bambino ("Oh, tesoro, sei così affamato"), sono collegate alla realizzazione della funzione riflessiva (Dunn, Brown, 1993; Dunn et al., 1991). Ma l'esperienza dell'uso linguistico,
a prescindere dal fatto che si riferisca o meno a stati mentali, mette all'erta i bambini in merito al fatto che le persone ricevono e producono informazioni comunicate per mezzo di riferimenti verbali e simbolici. Può darsi che il fattore critico per lo sviluppo delle funzione riflessiva del bambino sia dato dall'autonoma capacità riflessiva della figura che lo accudisce. La capacità della figura di accudimento di leggere momentoper-
momento i cambiamenti che si verificano nel suo stato mentale sembra essere il fondamento della genitorialità sensibile e il presupposto di un attaccamento sicuro. Bambini sicuramente attaccati, a loro volta, possono indagare la propria e le altrui menti e dimostrare la loro abilità attraverso competenze ulteriori con i compiti della teoria della mente (Fonagy et al., 1991).
Attraverso il gioco, la simulazione, l'interazione con i pari, l'uso del linguaggio e lo scambio intersoggettivo con figure di accudimento dotate di sensibilità, lo sviluppo della funzione riflessiva alimenta la crescita dei processi simbolico-autobiografici e della memoria esplicita. La memoria esplicitamente autobiografica è basata anche su un sistema neurologico relativamente autonomo. Esso, rispetto alla memoria implicita e procedurale che è relativa al sapere come saper-fare, codifica le informazioni accessibili alla coscienza in merito a ciò che le cose sono. Questa capacità di ricordare gli eventi autobiografici e la conoscenza relativa ai fatti richiede l'input dell'ippocampo e del lobo temporale mediano. I ricordi espliciti, compresi quelli autobiografici, sono riferibili alle trasformazioni simboliche, in quanto separano la rappresentazione simbolica o il significato di un oggetto o di un evento dal concreto contesto in cui la conoscenza è stata acquisita. Questa conoscenza non viene espressa attraverso procedure, ma attraverso riferimenti verbali e simbolici. Processi esplicitamente simbolici sembrano progettati per creare modelli coerenti, narrazioni che conferiscono significato al mondo, alle altre persone e a noi stessi.
Persino la loro livello più rudimentale, durante il secondo e terzo anno di vita, i processi simbolici e la crescente capacità di mentalizzare permettono al bambino piccolo di rispondere non solo al comportamento degli altri, ma anche alla loro concezione delle credenze, dei sentimenti, degli atteggiamenti, dei desideri, delle speranze, delle conoscenze, dell'immaginazione, delle simulazioni, degli inganni, dei progetti, delle intenzioni degli altri etc. Per esempio, il bambino crede che la persona che lo accudisce non risponda perché è stanca. Oppure pensa che sia arrabbiata, e che ritenga che il bambino sia cattivo perché desidera picchiare la sorella o il fratello. Mediante l'attribuzione di stati mentali a se stessi e agli altri, i bambini fanno in modo che il comportamento diventi dotato di significato e prevedibile. Poiché essi apprendono a valutare il significato del comportamento delle persone, diventano capaci di selezionare e di attivare, dal molteplice insieme di modelli interni che hanno organizzato sulla base dell'esperienza precedente, quello più adatto a rispondere adattivamente a una particolare situazione interpersonale. L'effetto di questa capacità di selezionare un mediatore interno del comportamento - anche se questo processo va al di là di una forma esplicita di consapevolezza - permette ai bambini di trasformare i loro capricci, impulsi e risposte automatiche a indicazioni concrete in esperienze maggiormente prolungate e attive di decisioni e intenzionalità. Tale evoluzione, a sua volta, mette i bambini in condizione di ricavare il senso della capacità di agire e la proprietà del loro comportamento. Dato che guadagnano il senso dell'intenzionalità e della capacità di agire, i bambini cominciano inoltre a integrare desideri, bisogni, motivi, ruoli e schemi di relazione in un contesto di senso più coerente e continuo di sé e degli altri. Questa evoluzione, a sua volta, prepara il terreno all'acquisizione delle abilità psicologiche modulanti che sottostanno alla regolazione degli affetti, al controllo degli impulsi, all'autocontrollo e alla capacità di pianificare e di stabilire obiettivi, valori

e ideali.

2.6 Traumi e lutti

Lo sviluppo della mente può essere influenzato non solo dai pattern di comunicazione che si stabiliscono all'interno di relazioni di attaccamento, ma anche da eventi specifici: traumi psicologici possono avere un profondo impatto sui meccanismi di regolazione affettiva. La secrezione di ormoni coinvolti nella risposta allo stress può avere effetti tossici sulla maturazione dei sistemi cerebrali implicati nei processi di autoregolazione, e in questo modo traumi precoci, gravi e cronici possono compromettere le capacità del bambino di rispondere in maniera efficace a stress successivi (Hofer, 1996; Liu et. al., 1997; Perry, 1997). La natura delle risposte adattive evocate dal trauma - che può essere legato alla perdita di una persona cara, a un'esperienza di abuso, al fatto di essere stato testimone di un atto di violenza - può essere diversa a seconda della fase di sviluppo. In generale, traumi e perdite possono ripercuotersi negativamente sulle aspettative del bambino rispetto al futuro, con effetti diretti sui modelli anticipazionali e sulla memoria prospettica, sconvolgere i suoi processi narrativi, e interferire con la maturazione di meccanismi di autoregolazione e di integrazione degli stati del sé.

In alcuni casi forme di disregolazione particolarmente radicate, generate da una serie di combinazioni di fattori esperienziali e genetici, rendono necessario il ricorso a farmaci, che possono facilitare la modulazione del flusso degli stati della mente attraverso un'azione biochimica diretta a livello delle connessioni sinaptiche cerebrali, modificando vincoli interni del sistema. Un'eventuale risposta positiva a trattamenti farmacologici non indica necessariamente la presenza di patologie "geneticamente determinate"; per esempio, terapie farmacologiche si rivelano spesso efficaci in pazienti affetti da disturbo post-traumatico da stress. Inoltre, in studi condotti su animali di laboratorio che manifestavano problemi comportamentali in seguito a esperienze di deprivazione materna, si è visto che questi animali reagivano positivamente alla somministrazione di inibitori selettivi del reuptake di serotonina, ma andavano incontro a ricadute quando tali farmaci venivano sospesi (Post, Weiss, 1997; Post et. al., 1998). In determinati pazienti lo sviluppo di strutture cerebrali e di capacità di organizzazione del Sé profondamente maladattive - legato a componenti genetiche, a esperienze traumatiche precoci o ad un insieme di fattori ereditari e ambientali - può richiedere approcci psicoterapeutici e/o farmacologici intensivi. In ogni caso, tuttavia, è necessario tenere presente che le regioni limbiche (e in particolare la corteccia orbito-frontale) possono rimanere "plastiche", e dunque aperte a processi di maturazione esperienza-dipendente, durante l'intero corso delle nostra esistenza, e che eventuali interventi psicoterapeutici possono quindi sfruttare questo potenziale per facilitare un ulteriore sviluppo della mente.

Traumi gravi che si verificano in età infantile o che inducono fenomeni di "attenzione divisa" (in cui l'individuo durante l'esperienza traumatica entra in una specie di trance o concentra la sua attenzione su elementi della sua immaginazione) possono essere associati a un'inibizione dei processi della memoria esplicita; l'evento traumatico viene quindi registrato unicamente a livello implicito, con ricordi intensi e terrorizzanti che possono successivamente venire riattivati dando luogo a immagini, emozioni o risposte comportamentali automatiche di cui l'individuo non è in grado di riconoscere consciamente l'origine.

In seguito alla perdita di una persona cara, soprattutto se si tratta di una figura di attaccamento, la mente è costretta ad alterare profondamente la struttura dei suoi modelli operativi interni per adattarsi a una nuova dolorosa realtà, in cui al Sé viene a mancare una fonte di sicurezza e conforto (Bowlby, 1980). Esperienze di perdita possono avere un forte impatto sullo sviluppo della mente; la natura e l'entità degli effetti negativi può variare a seconda dell'età del bambino, e della capacità dell'ambiente familiare di sopperire ai suoi bisogni di attaccamento. Nel bambino, come nell'adulto, per riuscire a gestire la sofferenza generata da un lutto può essere

necessario molto tempo; una periodica rivisitazione dell'esperienza gli può inoltre consentire di utilizzare nei processi di elaborazione delle perdita nuove capacità, che emergono progressivamente nel corso del suo sviluppo. Se il bambino non è in grado di modificare i suoi modelli di attaccamento tali processi di elaborazione possono essere gravemente ostacolati o compromessi, dando origine a quadri patologici. Situazioni di questo tipo possono essere favorite da ambienti familiari caratterizzati da una generale incapacità di comunicare a livello emotivo, che non permettono al bambino di condividere il suo dolore con altri, o dalla presenza di sentimenti e modelli mentali conflittuali nei confronti della persona scomparsa.
Lutti o traumi non risolti possono avere effetti profondamente disorganizzanti, di cui spesso l'individuo non è consapevole. In sostanza, questa mancata elaborazione porta ad alterazioni nei flussi di energia e informazioni all'interno della mente; la mente emerge all'interfaccia fra processi neurofisiologici e rapporti interpersonali, e tali alterazioni di riflettono sia sulle attività dei circuiti cerebrali, sia sui processi di comunicazione diadica. Come abbiamo visto, la presenza di perdite o traumi non risolti può interferire in maniera drammatica con la capacità dell'individuo di stabilire processi di sintonizzazione affettiva nell'ambito di relazioni di attaccamento, e può quindi avere effetti devastanti anche sui suoi figli; cercare di aiutare queste persone a riconoscere e a elaborare tali esperienze traumatiche diventa dunque cruciale non solo per loro, ma anche per le generazioni successive.
In termini di memoria, traumi non risolti generano una tendenza da parte della mente a creare stati disorganizzati, che spesso sono legati all'improvvisa e involontaria attivazione di elementi impliciti; per esempio, flashback dell'evento traumatico o modelli mentali che si riferiscono a una figura di attaccamento scomparsa come se questa persona fosse ancora viva. Tali stati possono interferire in maniera significativa con le funzioni della mente, in particolare con i processi di modulazione delle emozioni, di flessibilità di risposta e di comunicazione affettiva, e con le sue capacità di autoorganizzazione. La psicoterapia può permettere a persone che presentano perdite o traumi non elaborati di collegare questi aspetti della memoria alle loro passate esperienze, e quindi di comprendere le cause dei loro disturbi. Tali riflessioni devono avvenire nel contesto di una relazione terapeutica di attaccamento sicuro, che consente alla mente del paziente di andare incontro a stati profondamente disregolati e di imparare, inizialmente attraverso processi di regolazione diadica, a tollerarli, a riflettere sulla loro natura, e infine a modularli in maniera più adattiva. Questi processi emozionali sono essenzialmente non verbali, e coinvolgono probabilmente attività mediate principalmente dall'emisfero destro.
La possibilità di riflettere consciamente sull'esperienza traumatica è associata a un'attivazione dei processi della memoria esplicita, che permettono il consolidamento dei ricordi che si riferiscono all'evento in questione e la loro integrazione all'interno delle narrative autobiografiche. Lo sviluppo di funzioni mentalizzanti e della coscienza autonoetica permette inoltre al paziente di dare un significato al passato, di comprendere e organizzare il presente e di pianificare attivamente il futuro. Individui che hanno alle spalle una storia di attaccamento disorganizzato possono così uscire dalla "prigione del presente", in cui rimanevano ripetutamente intrappolati quando non avevano parole per riflettere sui loro stati della mente incontrollabili e terrorizzanti.
2.7 La risonanza emotiva: considerazioni
Noi tutti abbiamo bisogno di stabilire con gli altri forme di comunicazione intime e dirette, che permettono l'instaurarsi di stati di sintonizzazione affettiva e di risonanza mentale che ci aiutano ad organizzare i nostri processi interni. Durante i nostri primi anni di vita, relazioni interpersonali caratterizzate da ripetute rotture nelle comunicazioni emotive, che non sono associate a successivi tentativi di riparazione ed evocano quindi stati di vergogna e umiliazione, possono indurre risposte adattive che influenzano in maniera significativa le nostre esperienze soggettive di noi stessi, degli altri e del mondo, e che creano una profonda frattura fra il Sé pubblico "esterno" e il

Sé interiore privato. I modelli di attaccamento generati da queste esperienze possono avere un grosso impatto sullo sviluppo delle nostre capacità di regolazione delle emozioni e di flessibilità di risposta, sui nostri processi narrativi e in generale sul nostro atteggiamento nei confronti degli altri.

In alcuni casi, pattern di organizzazione del Sé particolarmente rigidi e disfunzionali possono rendere necessari, per cercare di alterare stati di disregolazione emotiva che sono fonte di notevoli sofferenze, interventi psicoterapeutici: le relazioni interpersonali "specializzate" che si stabiliscono nell'ambito di una psicoterapia forniscono al paziente un ambiente sicuro, in cui può incominciare a esplorare le sue esperienze presenti e passate. Terapeuta e paziente possono entrare in stati di risonanza mentale che permettono la creazione di un sistema diadico, in cui processi di sintonizzazione affettiva favoriscono lo sviluppo di capacità di regolazione più efficaci e il movimento verso una maggiore complessità. Perché ciò si verifichi il terapeuta deve essere in grado di percepire i segnali non verbali che gli vengono trasmessi e di rispondere non solo con parole, ma cercando di accordare i suoi stati della mente con quelli del paziente; fra gli stati emozionali primari, psicobiologici, dei due individui può così crearsi una risonanza diretta. L'espressione e la percezione dei segnali non verbali sono mediate principalmente dall'emisfero destro; queste forme di comunicazione non verbale, che costituiscono un aspetto fondamentale del rapporto terapeuta-paziente e in genere di tutte le relazioni interpersonali emotivamente coinvolgenti, possono quindi essere considerate come il risultato di processi di risonanza fra gli emisferi destri delle due persone coinvolte.

Un ruolo attivo e importante hanno anche ovviamente gli emisferi sinistri dei membri della coppia, che sono coinvolti nei loro scambi verbali e nelle riflessioni logiche sul presente e sul passato del paziente, e sulla stessa esperienza della terapia. Le funzioni di interprete dell'emisfero sinistro cercano di "dare un senso" alle esperienze dell'individuo, e di organizzare i suoi processi narrativi. Nel sistema diadico il flusso degli stati può raggiungere progressivamente maggiori livelli di complessità man mano che i due individui riescono a stabilire stati di risonanza interemisferica più coerenti, attraverso processi di sintonizzazione mediati da comunicazioni verbali (da emisfero sinistro a emisfero sinistro) e non verbali (da emisfero destro a emisfero destro).

Con l'emergere nel tempo di stati del Sé diversi, la mente ha il difficile compito di integrare questi stati relativamente autonomi in un insieme unitario e coerente. La psicoterapia può catalizzare tale processo integrativo fondamentale facilitando lo sviluppo di stati di risonanza diadica "bilaterali", in cui la mente del paziente e quella del terapeuta possono essere immerse in intensi stati emozionali primari e nello stesso tempo concentrate su esplorazioni narrative riflessive. Passando attraverso questi stati di attivazione cooperativa, in cui processi di sintonizzazione affettiva si uniscono a dialoghi riflessivi, avviene che la relazione terapeutica possa permettere lo sviluppo di capacità di regolazione delle emozioni più efficaci e l'emergere di narrazioni più coerenti, e consentire al sistema della mente di raggiungere una maggiore complessità, e quindi una maggiore stabilità.

La psicoterapia è un processo complesso. Il cervello può essere sconvolto da tempeste mentali generate da complicate interazioni fra influenze genetiche e storie di conflitti familiari, e sia disturbi ereditari, sia adattamenti a esperienze traumatiche possono avere profondi effetti sulla realtà delle nostre vite soggettive. La mente è un sistema complesso, le cui attività dipendono da connessioni neuronali che sono influenzate da fattori costituzionali ed esperienziali, e per aiutare i pazienti a raggiungere livelli di organizzazione del Sé più equilibrati e soddisfacenti possono di volta in volta essere utili strumenti terapeutici differenti, da trattamenti farmacologici a tecniche psicoterapeutiche specifiche. In ogni caso, indipendentemente dagli strumenti e dalle tecniche impiegate, perché si possa stabilire una relazione terapeutica efficace è necessaria la presenza, da parte del terapeuta, di un profondo impegno a comprendere e a condividere le esperienze del paziente; non deve mai dimenticare

che le esperienze interpersonali plasmano le strutture del cervello da cui emerge la nostra mente.
Per il terapeuta può essere un compito difficile, ma anche una grande privilegio, riuscire a mantenere una visione oggettiva dei bisogni emozionali della persona che ha di fronte, permettendo nello stesso tempo alla propria mente di entrare in sintonia con quella dell'altro. Attraverso questi stati di risonanza le menti di terapeuta e paziente possono unirsi in un sistema diadico più ampio, che sviluppa processi autoorganizzativi e narrativi specifici. In questo senso il rapporto terapeuta-paziente riflette in molti modi quella che dovrebbe essere l'essenza delle relazioni umane: comprendere e accettare gli altri per ciò che sono, cercando contemporaneamente di alimentare un'ulteriore crescita e integrazione.

Capitolo 3

DISTURBI DELLA REGOLAZIONE

Lo sviluppo del bambino prende forma a seconda dell'ambiente con cui il bambino è confrontato ed in questo senso l'individualità si forma come continua interazione tra soggetto ed ambiente in costante cambiamento. Per questo motivo due gemelli uniovulari, vissuti nella stessa famiglia, pur avendo spesso una situazione analoga, hanno destini e sviluppi diversi. Non è possibile quindi prevedere come un bambino diventerà da grande e quali qualità o patologie svilupperà nel corso della sua vita. In età evolutiva diventa anche particolarmente difficile stabilire un confine tra normalità e psicopatologia, tuttavia esistono dei segni, che la famiglia o la scuola trasformano in segnali, attribuendo loro un significato di indicatore di disagio. Questi segnali vengono successivamente trasformati in sintomi, i quali possono rientrare in un quadro psicopatologico di riferimento.
Il sintomo (dal greco syn-pipto, etimologicamente <<avvenimento fortuito, che accade insieme ad altri eventi>>) è una manifestazione della persona come corpo e/o psiche, a cui viene attribuito un significato di comunicazione di malessere. In età evolutiva, in particolare nell'infanzia, esso viene definito come tale in genere dagli adulti, quindi l'attribuzione di senso è filtrata dalla posizione e dal modo di essere di coloro che lo individuano. Designare qualcosa come sintomo significa dare ad un semplice comportamento il valore di segnale che qualcosa non funziona bene. Per stabilire se qualcosa effettivamente non va come dovrebbe l'adulto si basa su ciò che il bambino fa normalmente, e qualora il piccolo manifesti comportamenti difettuali che interferiscono con l'espletamento dei compiti che gli sono propri, può notare tale anomalia e segnalarla.

3.1 Classificazione diagnostica 0-3

Il manuale di classificazione diagnostica 0-3 (Diagnostic classification: 0-3, 1994) propone un sistema di classificazione multiassiale provvisorio. Il sistema viene definito provvisorio poiché chi lo ha realizzato parte dall'assunto che le categorie possono cambiare con il progredire delle conoscenze. La cornice diagnostica proposta è la seguente:
Asse I: Classificazione primaria.
Asse II: Classificazione della relazione.
Asse III: Condizioni o disturbi fisici, neurologici, evolutivi e mentali (descritti in altri sistemi di classificazione).
Asse IV: Agenti stressanti di natura psicosociale.
Asse V: Livello di sviluppo del funzionamento emotivo.
Gli assi che costituiscono questo sistema di classificazione non sono da considerarsi perfettamente simmetrici a quelli di altri sistemi quali il DSM-IV o ICD-10 poiché il presente sistema, occupandosi di bambini piccoli dai primi giorni di vita, si focalizza principalmente sulle questioni evolutive. Di conseguenza, acquistano una forte rilevanza i processi dinamici, quali la relazione, e le concettualizzazioni basate su un approccio evolutivo, riguardanti i pattern adattivi (ad esempio, il livello di sviluppo del funzionamento emotivo).

La classificazione diagnostica 0-3 è intesa come un complemento ad altri sistemi e quindi non prevede categorie diagnostiche per ogni tipo di disturbo mentale o di sviluppo. Poiché molti dei sistemi di classificazione dei disturbi mentali e dello sviluppo esistenti non si sono concentrati sui primi 3-4 anni di vita, essi non hanno incluso un sistema ad ampio raggio per la classificazione dei problemi in questo primo arco di vita. Ciò è in parte dovuto alla natura pionieristica del lavoro clinico con i bambini piccoli e le loro famiglie. Il presente sistema diagnostico, quindi, descrive: 1) i tipi di problemi o di comportamenti non contemplati da altri sistemi di classificazione e 2) le manifestazioni più precoci di problemi e comportamenti già descritti da altri sistemi di classificazione utilizzati con bambini più grandi o con adulti. Nella descrizione delle manifestazioni più precoci di disturbi già descritti dai sistemi di classificazione esistenti, si è fatto in modo di mantenere le loro etichette di identificazione originarie.

3.2 ASSE I: DIAGNOSI PRIMARIA

I disturbi della regolazione possono essere evidenziati già nell'infanzia. Sono caratterizzati dalle difficoltà che il bambino incontra nella regolazione del comportamento, dei processi psicologici, sensoriali, attentivi o affettivi, e nell'organizzazione di uno stato di calma, di vigilanza o di uno stato affettivo positivo. Secondo il manuale di classificazione diagnostica 0-3 esistono quattro tipi di disturbi della regolazione. La definizione operazionale di ciascuna tipologia comprende uno specifico pattern comportamentale, associato alla difficoltà di elaborazione o di organizzazione dell'informazione sensoriale o senso-motoria che influenza l'adattamento quotidiano del bambino e le interazioni o relazioni. Risposte scarsamente organizzate o poco modulate possono essere riscontrate nei seguenti domini:

1. nelle reazioni o stati fisiologici (ad esempio, respirazione, startle, singhiozzi, soffocamenti).
2. Nella motricità grossolana (ad esempio, disorganizzazione motoria, avere movimenti a scatto, essere in continuo movimento).
3. Nella motricità fine (ad esempio, movimenti scarsamente differenziati o irregolari, movimenti sussultanti o deboli).
4. Nell'organizzazione attentiva (ad esempio, comportamento "guidato" dallo stimolo, incapacità di fissarsi su un particolare o, al contrario, perseverazione su un piccolo dettaglio).
5. Nell'organizzazione degli affetti, che include la tonalità affettiva predominante (ad esempio, depresso, calmo o felice); la gamma degli affetti (ampia o ristretta); il grado di modulazione degli affetti esibito (ad esempio, il bambino passa bruscamente da uno stato in cui è completamente calmo a uno stato in cui schiamazza freneticamente); e la capacità di utilizzare e di organizzare gli affetti all'interno delle relazioni e dell'interazione con gli altri (ad esempio, pattern di comportamenti evitanti, negativisti o di dipendenza eccessiva).
6. Nell'organizzazione del comportamento (ad esempio, comportamento aggressivo o impulsivo).
7. Nei pattern relativi al sonno, all'alimentazione o al controllo sfinterico.
8. Nel linguaggio (ricezione ed espressione) e nelle difficoltà cognitive.

I problemi che si manifestano nel comportamento dei bambini possono includere disturbi del sonno o dell'alimentazione, difficoltà di controllo dell'azione, paura e ansia, difficoltà dello sviluppo del linguaggio e scarsa capacità di giocare da solo o con gli altri. I genitori possono inoltre lamentarsi del fatto che il bambino diventa facilmente triste o perde il suo buon umore, e dal fatto che trova difficile adattarsi ai cambiamenti (poiché le routine quotidiane di accudimento del bambino sono occasione continua di esperienze sensoriali, affettive e motorie, un modo di trattare il bambino che non sia sensibile alle differenze individuali, alle condizioni irregolari dell'ambiente, e/o ai cambiamenti nella routine può fortemente influenzare i bambini con disturbi della regolazione e i loro genitori).

Molti problemi attentivi, affettivo-motori, sensoriali, di linguaggio e di controllo del comportamento che, per tradizione, sono stati considerati come difficoltà a sé stanti possono, per alcuni bambini, entrare a far parte di un più ampio disturbo della regolazione. I clinici hanno utilizzato termini generici quali "iper-sensibile", "temperamento difficile" o "reattivo" per indicare pattern sensoriali, motori o di integrazione sensomotoria per i quali si presume l'esistenza di una base "costituzionale" o "biologica", senza aver mai delineato in modo specifico la modalità sensoriale o le funzioni motorie coinvolte. Diventa sempre più evidente che i pattern costituzionali o maturazionali precoci contribuiscono alle difficoltà di questi bambini, ma è stato anche riconosciuto che i primi pattern di cure prestate al bambino possono esercitare una considerevole influenza sul modo in cui pattern costituzionali e maturazionali si sviluppano e diventano parte della personalità in evoluzione del piccolo. Poiché sta crescendo l'interesse per questi bambini, è importante sistematizzare le descrizioni dei pattern sensoriali, motori e di integrazione sensomotoria che si presume siano coinvolti in questo tipo di disturbo.
Per formulare una diagnosi di Disturbo della regolazione occorre che siano presenti sia un pattern comportamentale specifico sia una difficoltà di elaborazione e di organizzazione sensoriale e senso-motoria. Nel caso in cui questi due fattori non siano presenti entrambi, si dovrà propendere per un'altra diagnosi più appropriata. Ad esempio, un bambino che è irritabile e si rivela introverso quando i genitori si sono allontanati, è probabile che stia manifestando una difficoltà prevedibile di relazione o di attaccamento. Un bambino che è irritabile e iper-reattivo alle esperienze interpersonali routinarie, in mancanza di una chiara difficoltà sensoriale, sensomotoria o di elaborazione dell'informazione, è probabile che stia manifestando un Disturbo d'ansia o dell'umore (i disturbi dell'alimentazione e del sonno possono essere sintomi del Disturbo della regolazione o far parte di categorie diagnostiche distinte).
Per poter fare la diagnosi di Disturbo della regolazione il clinico dovrebbe riscontrare sia una difficoltà sensoriale, senso-motoria o di elaborazione dell'informazione indicate nella lista che segue, sia uno o più sintomi relativi alla sfera del comportamento.
1. Iper- o ipo-reattività a rumori forti o dal tono grave o acuto.
2. Iper- o ipo-reattività a luci abbaglianti o a forme visive nuove e singolari come colori, forme o strutture complesse.
3. Iper-reattività alle sensazioni tattili (ad esempio, iper-reattività nel vestirsi o fare il bagno, nello sfregamento delle gambe, braccia o tronco; rifiuto di toccare tessuti "ruvidi") e/o ipersensibilità orale (ad esempio, evitamento di cibi di consistenza particolare).
4. Difficoltà motoria orale o mancanza di coordinazione a causa del basso tono muscolare; difficoltà di pianificazione motoria, e/o ipersensibilità tattile orale (ad esempio, evita cibi che presentano una particolare consistenza).
5. Ipo-reattività al tocco o al dolore.
6. Insicurezza gravitazionale - cioè, ipo o iper-reattività in un bambino con normali risposte posturali (ad esempio, reazione della bilancia), alle mutevoli percezioni del movimento implicate nei movimenti orizzontali e verticali rapidi (ad esempio, essere lanciati per aria, fare il girotondo o saltare).
7. Ipo- o iper-reattività agli odori.
8. Ipo- o iper-reattività alle temperatura.
9. Tono e stabilità muscolari bassi (ad esempio, ipotonia, ipertonia, fissazione posturale o movimento poco armonico).
10. Deficit qualitativo nelle abilità di pianificazione motoria (ad esempio, difficoltà a organizzare della giusta sequenza i movimenti delle mani per esplorare un giocattolo nuovo o complesso o difficoltà ad arrampicarsi su un attrezzo ginnico).
11. Deficit qualitativi nella capacità di modulare l'attività motoria (non dovuto al disturbo d'ansia o al disturbo relazionale).
12. Deficit qualitativi nella motricità fine.

13. Deficit qualitativi nella capacità di articolazione (ad esempio per un bambino di otto mesi, difficoltà a imitare suoni distinti; per un bambino di tre anni, difficoltà a trovare le parole giuste per descrivere un'azione presunta o portata a termine).
14. Deficit qualitativi nelle capacità di elaborazione visuo-spaziale (ad esempio, per un bambino di otto mesi, difficoltà a riconoscere configurazioni facciali differenti; per un bambino di due anni e mezzo, difficoltà a capire in che direzione andare per raggiungere un'altra stanza in una casa familiare; per un bambino di tre anni e mezzo difficoltà a utilizzare indizi visuo-spaziali per riconoscere e categorizzare forme diverse).
15. Deficit qualitativi nelle capacità attentive e di concentrazione, non associate a disturbi d'ansia o a problemi interattivi oppure evidenti problemi di processamento uditivo-verbale o visuo-spaziale.

3.3 Tipi di disturbi della regolazione

I quattro tipi di disturbi della regolazione descritti qui di seguito si basano sulle caratteristiche predominanti del bambino e comprendono sia i pattern comportamentali e le disposizioni emotive sia i pattern sensoriali e motori. I primi tre sotto-tipi vanno usati per sotto-classificare il disturbo laddove è osservabile una tendenza verso un pattern predominante. Poiché alcuni bambini non saranno descritti adeguatamente da questi sotto-tipi, è previsto un sotto-tipo "altro". Va notato che la descrizione dei primi tre sottotipi comprende una discussione dei pattern di cure che consentono al bambino di migliorare le proprie capacità di regolazione e di organizzazione, così come dei pattern di cure che intensificano le difficoltà del bambino.

3.3a Tipo I: ipersensibile

I bambini che sono iper-attivi o iper-sensibili a diversi stimoli mostrano una gamma di pattern comportamentali. Esistono due pattern caratteristici, il primo è quello pauroso e cauto, il secondo quello negativo e provocatore. Inoltre, i bambini possono apparire inconsistenti nella loro ipersensibilità. I livelli di sensibilità possono variare anche nel corso della giornata. Molto spesso l'input sensoriale tende ad avere un effetto cumulativo, cosicché un bambino può non essere infastidito dall'input iniziale, ma sperimentare un forte disagio alla fine della giornata. Inoltre, la risposta all'input sensoriale sembra interagire con il livello di attivazione di base. Se il bambino è teso o stanco, un input sensoriale basso sarà sufficiente ad attivare la risposta di ipersensibilità.

Pauroso e cauto

I pattern comportamentali comprendono una eccessiva cautela, inibizione e/o paura. Nella prima infanzia, questi pattern si manifestano attraverso: una gamma ristretta di comportamenti esplorativi e assertivi; un'avversione per i cambiamenti nelle routine; e una tendenza a essere spaventati e piagnucolosi di fronte alle situazioni nuove. Il comportamento dei bambini è caratterizzato da paure eccessive e/o ansie e da timidezza di fronte alle nuove esperienze, quali possono essere l'instaurazione di relazioni con pari o il contatto con adulti nuovi. Il bambino può avere un mondo rappresentazionale interno frammentato piuttosto che integrato, e può essere facilmente distratto da stimoli differenti. Occasionalmente, il bambino si comporta impulsivamente quando è sovraccaricato e/o impaurito. Il bambino tende a diventare triste facilmente (ad esempio, è irritabile, piange spesso), non è in grado di autoconsolarsi prontamente (ad esempio, trova difficile ritornare a letto), e non è in grado di superare prontamente la frustrazione o il disappunto.

I pattern sensoriali e motori sono caratterizzati da una ipersensibilità al tocco, ai rumori forti e alle luci abbaglianti. Il bambino spesso presenta un'adeguata abilità di elaborazione acustico-verbale, ma un'abilità di elaborazione visuo-spaziale compromessa. Il bambino può essere, inoltre, ipersensibile al movimento nello spazio e presentare carenze nella pianificazione motoria. I pattern di cure che incrementano la flessibilità e l'assertività dei bambini paurosi e cauti comprendono: l'empatia,

soprattutto per le esperienze sensoriali e affettive del bambino; un incoraggiamento molto graduale e un atteggiamento di sostegno che favoriscano l'esplorazione di situazioni nuove; limiti fermi ma imposti con calma. Pattern di cure inconsistenti intensificano le difficoltà di questi bambini, come nel caso dei genitori che sono troppo indulgenti o iperprotettivi in un momento e punitivi e/o intrusivi in un altro.

Negativo e provocatore

I pattern comportamentali sono negativi, ostinati, diretti a controllare il comportamento altrui, provocatori. Il bambino spesso fa l'opposto di ciò che gli viene chiesto di fare o che ci si aspetta che faccia. Ha difficoltà nelle situazioni di transizione, preferisce la ripetitività, l'assenza di cambiamento o, al massimo, cambia a rilento. I bambini più piccoli tendono a essere preoccupati, difficili e resistenti ai passaggi e ai cambiamenti. I bambini più grandi tendono a essere negativi, arrabbiati, provocatori e ostinati, oltre che compulsivi e perfezionisti. Tuttavia, questi bambini qualche volta possono manifestare contentezza e flessibilità comportamentale.

A differenza dei bambini cauti/paurosi o evitanti, i bambini negativi e provocatori non hanno un mondo interno frammentato, ma dispongono di un senso si sé organizzato attorno ai pattern negativi e provocatori. Diversamente dal bambino compulsivo alla ricerca di stimoli (Tipo III, descritto in seguito) il bambino negativo e provocatore possiede una maggiore capacità di controllo, tende a evitare le esperienze nuove o, comunque, tende a esporvisi lentamente piuttosto che a desiderarle; in genere non è aggressivo, a meno che non venga provocato.

I pattern sensoriali e motori includono una tendenza verso una iper-reattività al tocco, che può essere osservata durante il gioco sotto forma di evitamento di certe stoffe o dalla manipolazione dei materiali con la punta delle dita. I bambini che presentano questo pattern sono anche ipersensibili al suono. Spesso mostrano capacità visuospaziali
integre o addirittura precoci, ma la loro capacità di elaborazione acustica può risultare compromessa. Questi bambini possono avere un buon tono muscolare e un buon controllo posturale, ma presentare alcune difficoltà nella coordinazione motoria fine e/o nella pianificazione motoria.

I pattern di cure che favoriscono la flessibilità comprendono un sostegno empatico e tranquillizzante al cambiamento che deve essere lento e graduale e l'evitamento di sfide. Il calore dimostrato dal genitore anche di fronte al negativismo o al rifiuto manifestato dal bambino, e l'incoraggiamento a costruire una rappresentazione simbolica dei vari stati affettivi, specialmente della dipendenza, della collera e della noia, contribuiscono a incrementare la flessibilità. Diversamente, le cure intrusive, eccessivamente esigenti, iperstimolanti o punitive tendono a intensificare i pattern negativi e provocatori esibiti dal bambino.

3.3b Tipo II: iporeattivo

I bambini iporeattivi possono presentare due pattern caratteristici alternativi: distratto e difficile da coinvolgere, oppure autocentrato, un bambino che sembra "marciare al passo del proprio tamburo".

Distratto e difficile da coinvolgere

I pattern comportamentali del bambino distratto/difficile da impegnare includono un apparente disinteresse a esplorare oggetti, giochi stimolanti o contesti interattivi nuovi. I bambini possono apparire apatici, facilmente esausti e distratti. Per attirare il loro interesse, la loro attenzione o per coinvolgerli emotivamente sono necessari toni e gradienti affettivi alti. I bambini possono apparire ritardati o depressi, carenti nell'esplorazione motoria e nella capacità di rispondere alle stimolazioni, ed eccessivamente chiusi alle relazioni sociali. Fa inoltre parte del pattern comportamentale descritto una diminuzione del dialogo verbale, riscontrabile in bambini più grandi. Il loro gioco e il loro comportamento presentano solo una gamma limitata di idee e spunti fantastici. Alcuni bambini scopriranno input sensoriali graditi impegnandosi continuamente in attività sensoriali ripetitive, quali ruotare una sedia

girevole, dondolarsi o saltare su e giù dal letto. L'intensità e la ripetitività di queste azioni servono ai bambini per poter godere a pieno dell'esperienza.
I pattern sensoriali e motori sono caratterizzati da una ipo-reattività ai suoni e ai movimenti nello spazio, e da una ipo- o iper-reattività al tocco. I bambini nei quali si evidenzia questo pattern possono presentare capacità di elaborazione visuo-spaziale integre, ma spesso lamentano difficoltà di processamento dell'esperienza verbaleuditiva.
In molti casi, possono essere osservate scarsa qualità della motricità e della pianificazione motoria, oltre che una carenza nell'attività esplorativa e nella flessibilità del gioco.
I pattern di cure che forniscono un input interattivo intenso e che stimolano l'iniziativa del bambino contribuiscono a stimolare il coinvolgimento del bambino ipo-reattivo, la sua attenzione, l'interazione e l'interesse per l'esplorazione dell'ambiente. Questi pattern includono l'andare incontro al bambino, il porre delle richieste in modo energico e il dare risposte chiare ai suoi segnali anche quando questi sono molto deboli. Al contrario, i pattern di cure caratterizzati da tono e ritmo bassi e dimessi tendono a intensificare, nel bambino, queste risposte di ritiro.
Auto-centrato
I pattern comportamentali dei bambini auto-centrati includono creatività e immaginazione, unite alla tendenza, da parte del bambino, a sintonizzarsi con sensazioni, pensieri ed emozioni propri piuttosto che a prestare attenzione e a essere sintonizzato con le comunicazioni provenienti da altre persone. I bambini possono apparire auto-assorti, e possono interessarsi agli oggetti attraverso una esplorazione condotta in modo solitario piuttosto che in un contesto di interazione. Possono, inoltre, apparire disattenti, facilmente distratti, specialmente quando non sono impegnati in un compito o in una interazione. I bambini più grandi, in presenza di problemi esterni quali possono essere una competizione con i pari o un'attività prescolastica impegnativa, tendono a rifugiarsi nella fantasia. Possono preferire giocare da soli quando gli altri non condividono le loro fantasie. Sul piano della vita fantastica, questi bambini possono manifestare grande immaginazione e creatività.
I pattern motori e sensoriali comprendono la tendenza verso una scarsa capacità di elaborazione verbale-uditiva associata alla capacità di produrre una vasta gamma di idee (la difficoltà nella ricezione del linguaggio associata a creatività e immaginazione, fa sì che il bambino trovi più facile sintonizzarsi con le proprie idee piuttosto che prestare attenzione alle idee di un'altra persona). Questi bambini possono presentare o meno irregolarità nelle altre capacità sensoriali o motorie.
I pattern di cure che sono d'aiuto al bambino includono la tendenza a sintonizzarsi con le comunicazioni verbali e non verbali del bambino, e i tentativi di aiutare il bambino a stabilire una comunicazione a due vie, cioè, "circoli di comunicazione aperti e chiusi". I pattern di cure appropriati sono, inoltre, quelli che favoriscono un buon equilibrio tra fantasia e realtà, e aiutano il bambino che tende a rifugiarsi nella fantasia a rimanere ancorato alla realtà esterna; questo avviene, ad esempio, quando il genitore che si mostra sensibile agli interessi e alle sensazioni del bambino, stimola la discussione su eventi e sensazioni legate alla vita quotidiana e propone giochi di fantasia che richiedono una collaborazione genitore-figlio piuttosto che l'attività solitaria del bambino. Al contrario, le comunicazioni del genitore che risultano auto-centrate, preoccupate o confuse tendono ad accentuare le difficoltà del bambino.
3.3c Tipo III: coordinazione motoria-disorganizzato sul piano motorio, impulsivo
I bambini che presentano questo pattern possiedono un basso controllo del comportamento associato a un grande desiderio di input sensoriali. Alcuni bambini appaiono aggressivi e impavidi; altri, semplicemente impulsivi e disorganizzati.
I pattern comportamentali osservabili nei bambini disorganizzati sul piano motorio prevedono alti livelli di attività in cui i bambini cercano il contatto e la stimolazione attraverso una pressione continua. Il bambino appare privo di ogni timore. Non di

rado, il tentativo di cercare il contatto con persone od oggetti porta il bambino disorganizzato sul piano motorio a rompere gli oggetti, a invadere lo spazio fisico degli altri, a urlare inavvertitamente contro le persone etc. Il comportamento che parte da una scarsa pianificazione e organizzazione motoria può essere interpretato dagli altri come aggressività piuttosto che come eccitabilità. Nel momento in cui gli altri reagiscono in modo aggressivo al comportamento messo in atto dal bambino, il comportamento del bambino può allora diventare aggressivo di proposito.
I bambini disorganizzati sul piano motorio desiderano e ricercano input e stimolazioni sensoriali. I bambini più grandi mostrano spesso comportamenti di eccitazione, comportamenti aggressivi e intrusivi e uno stile di gioco spericolato e rischioso. Nel gioco di finzione emerge, inoltre, una preoccupazione per alcuni temi legati all'aggressività. Se il bambino diventa ansioso o insicuro di sé, può mettere in atto comportamenti controfobici, ad esempio, colpendo (quando è possibile) prima di essere colpito o ripetendo comportamenti indesiderati dopo che gli è stato chiesto di smetterla. Quando il bambino, crescendo, diventa capace di verbalizzare e di autoosservare i propri pattern comportamentali, può descrivere il bisogno di attività e di stimolazione come un modo di sentirsi vivo, vibrante e potente.
I pattern sensoriali e motori sono caratterizzati da ipo-reattività sensoriale, desiderio intenso di input sensoriali e di scariche motorie. Il bambino disorganizzato sul piano motorio combina insieme l'ipo-reattività al tocco e al suono, il desiderio intenso di stimolazione e la scarsa capacità di pianificazione e modulazione dell'attività motoria, mettendo in atto un comportamento impulsivo nei confronti delle persone e degli oggetti. In modo simile, anche le attività motorie appaiono scarsamente focalizzate e generalizzate. A causa della sua ipo-reattività, il bambino può ascoltare fugacemente, prestare poca attenzione, e tuttavia desiderare di ascoltare suoni forti e musica ad alto volume. Il desiderio intenso di stimolazione spesso lo porta ad avere un comportamento distruttivo. Questi bambini possono presentare disturbi nell'elaborazione delle informazioni sia uditive sia visuo-spaziali, ma possono anche manifestare, relativamente a queste aree, capacità adeguate alla loro età.
I pattern di cure caratterizzati da una relazione affettuosa e costante, da elevati livelli di sostegno e di empatia, associati a risposte e a limiti chiari, faciliteranno l'acquisizione, da parte del bambino, di flessibilità e di adattabilità. Risulta utile che il genitore fornisca al bambino opportunità costruttive di coinvolgimento sensoriale e affettivo, incoraggiandone la modulazione e l'autoregolazione. I pattern di cure che favoriscono l'utilizzo dell'immaginazione a sostegno dell'esplorazione della realtà esterna contribuiranno ad accrescere ulteriormente la flessibilità del bambino. Al contrario, pattern di cure che evitano un contatto continuo e affettuoso (ad esempio, frequenti cambiamenti della persona che si prende cura del bambino) contribuiscono a peggiorare lo stato del bambino, falliscono nel creare limiti e regole per il comportamento; di conseguenza, sia per i bambini iper-stimolati sia per quelli ipostimolati
si assisterà a un aumento delle difficoltà.

3.3d Tipo IV: altro

Questa categoria va utilizzata per classificare i bambini che soddisfano il primo criterio previsto dal Disturbo di regolazione (cioè, difficoltà di elaborazione dell'informazione sensoriale o nella coordinazione motoria) ma che presentano pattern comportamentali diversi da quelli previsti da ciascuno dei tre sotto-tipi presentati sopra.

3.4 ASSE II: CLASSIFICAZIONE DEL DISTURBO DI RELAZIONE

La comprensione della qualità della relazione genitore-bambino è un aspetto importante dello sviluppo di un profilo diagnostico dei bambini. Le relazioni primarie stabilite dai bambini contribuiscono non solo allo sviluppo della personalità del bambino e alla struttura delle difese psicologiche, ma anche alle rappresentazioni che il bambino si costruisce riguardo a ciò che è possibile aspettarsi dalle relazioni con gli altri.

Nel campo della salute mentale infantile, il lavoro terapeutico spesso è focalizzato sulla relazione genitore-bambino. Per questa ragione, è essenziale considerare le relazioni primarie come entità che possono essere analizzate e, se opportuno, diagnosticate. Quando esiste un disturbo, questo disturbo è specifico di una relazione. I clinici possono trarre giovamento dalla comprensione sistematica del significato dei comportamenti osservati all'interno della relazione genitore-bambino. Gli interventi possono essere, quindi, formulati e condotti su entrambi i livelli: individuale e relazionale.
I disturbi della relazione genitore-bambino sono caratterizzati da percezioni, atteggiamenti, comportamenti e affetti del(dei) genitore(i), del bambino o di entrambi che conducono a interazioni genitore-bambino disturbate. Il genitore, sin dall'inizio, può entrare in relazione con il bambino in funzione delle proprie dinamiche di personalità, che comprendono proiezioni e difese. Queste, possono interagire con specifici pattern del bambino, determinando difficoltà o disturbi relazionali. La diagnosi di disturbo della relazione dovrebbe tener conto non solo del comportamento osservato ma anche del modo in cui il genitore, durante l'intervista clinica, descrive la propria esperienza soggettiva con il bambino. In presenza di difficoltà di relazione, l'intensità, la frequenza, e la durata del disturbo sono i fattori che guidano il clinico nel classificare il problema di relazione come disagio momentaneo, come difficoltà o come vero e proprio disturbo.
L'asse II dovrebbe essere utilizzato solo per diagnosticare le difficoltà di relazione di una certa entità. I clinici dovrebbero rendersi conto che un bambino per il quale è stata fatta una diagnosi primaria (Asse I) non necessita di una diagnosi sull'Asse della relazione (Asse II). L'Asse della relazione non comprende la gamma completa delle relazioni possibili, che vanno da quelle più adattate a quelle disturbate. Alcuni genitori possono presentare tendenze verso le categorie descritte nell'Asse II, ad esempio, possono tendere verso un eccessivo coinvolgimento od ostilità. Forme più leggere di disturbi relazionali possono insorgere in seguito ad un disturbo del bambino, a dinamiche familiari o ad altri fattori di stress che minacciano il funzionamento genitoriale. Quindi, i clinici dovrebbero stare attenti a non usare a sproposito la diagnosi di Disturbo di relazione quando le forme lievi e transitorie del disturbo sono collegabili agli agenti di stress osservati.
La scala di valutazione globale della relazione genitore-bambino (PIR-GAS) è uno strumento di valutazione, basato su dati di ricerca, il quale ricopre l'intera gamma delle relazioni genitore-bambino e può essere usato nei casi in cui l'obiettivo di ricerca è quello di descrivere la forza di una relazione o quello di verificare la gravità di un disturbo. Questi punteggi vanno dalla relazione "ben adattata" (90) alla relazione "gravemente disturbata" (10). Un punteggio inferiore a 40 indica che le relazioni sono gravemente disturbate e compromesse. Tali punteggi sono da considerarsi a sostegno di una diagnosi di difficoltà gravi e persistenti nella diade.
Esistono tre aspetti della relazione che vanno considerati nel decidere se esiste o meno un disturbo relazionale. Questi sono:
- caratteristiche dell'interazione
- tono affettivo
- coinvolgimento psicologico.
- Le caratteristiche dell'interazione si riflettono nel comportamento di ciascuno dei componenti della diade genitore-bambino. Può risultare disturbato il comportamento del genitore, del bambino o quello di entrambi. La sensibilità o l'insensibilità ai segnali del bambino, le risposte date in modo contingente o meno, la sincerità del coinvolgimento o dell'interessamento. La capacità di regolazione, la predittività, la qualità della strutturazione dell'ambiente e dell'interfaccia con questo sono comportamenti genitoriali che incidono sulla qualità dell'interazione. Distacco, evitamento, letargia, mancanza di sensibilità e sfida sono tutti esempi di comportamenti che il bambino può mettere in atto nell'interazione. A volte non è

chiaro se i comportamenti disfunzionali sono spontanei oppure sono reattivi a una qualche situazione. Ad esempio, una madre o un padre possono apparire depressi, non coinvolti e poco sensibili ai segnali del bambino. Tuttavia, questa modalità può essere in parte il risultato dello sguardo non convergente del bambino o di altri comportamenti non sensibili o sfuggenti tipici di un bambino ammalato. I disturbi dei bambini possono manifestarsi, inoltre, sotto forma di ritardi di sviluppo (linguistico, motorio, cognitivo e socio-emotivo) che possono impoverire le capacità interattive del bambino. Questi ritardi possono essere sia la causa sia l'effetto del disturbo relazionale.
- Per tono affettivo si intende il tono emozionale caratteristico della diade presa in esame. Una intesa ansia/tensione o un intenso affetto negativo (per esempio, irritazione, rabbia, ostilità) manifestato da parte di uno dei due componenti della diade o da entrambi può incidere sul tono affettivo caratteristico della diade. Il punto fondamentale è rappresentato dalla capacità delle emozioni molto intense di rompere gli equilibri esistenti e di creare incertezza per quanto può avvenire dopo.
- Il coinvolgimento psicologico fa riferimento agli atteggiamenti e alle percezioni del bambino da parte dei genitori (cioè il significato che ha il comportamento del bambino per i genitori). La rappresentazione della relazione col bambino che i genitori hanno sviluppato sulla base delle proprie esperienze legate alla loro infanzia, influenza generalmente la percezione che avranno del bambino e le aspettative riguardanti la relazione. Esperienze passate disturbate o negative possono portare il genitore a interpretare in modo errato i propri sentimenti e attribuirli al bambino (ad esempio, il genitore può erroneamente interpretare alcuni comportamenti del bambino come segnali di richiesta, o come comportamenti negativi o di attacco). Se possibile, dovrebbe essere scelta una singola diagnosi della relazione. Può capitare, qualche volta, di osservare una relazione nella quale nessun fattore risulta dominante, e dove sono riscontrabili diverse caratteristiche che verranno descritte in seguito. In alcuni casi, si può optare per una categoria mista, specificando le caratteristiche tipiche della relazione. Ad esempio, la relazione può essere caratterizzata da iper-coinvolgimento e iper-protezione ma, nello stesso tempo, può apparire distante e distaccata da un punto di vista emotivo. Se è presente una qualche forma di maltrattamento, cioè verbale, fisico o sessuale, nelle forme che saranno descritte in seguito, la diagnosi di maltrattamento acquista la precedenza sulle altre classificazioni della relazione. Ciononostante, dovrebbero essere descritte anche le altre caratteristiche più tipiche della relazione.
3.4a Iper-coinvolgimento
La relazione può essere caratterizzata da un iper-coinvolgimento di tipo fisico e/o psicologico.
A. Caratteristiche dell'interazione
1. Il genitore spesso interferisce con gli obiettivi e i desideri del bambino.
2. Il genitore domina il bambino attraverso un controllo eccessivo.
3. Il genitore fa richieste non appropriate al livello di sviluppo del bambino.
4. Il bambino può apparire dispersivo, non concentrato e indifferenziato.
5. Il bambino può dimostrarsi sottomesso, manifestando comportamenti eccessivamente accondiscendenti o, al contrario, comportamenti di provocazione.
6. Il bambino può presentare abilità motorie e di espressività linguistica insufficienti.
B. Tono affettivo
1. Il genitore può attraversare periodi di ansia, di depressione o di collera che si traducono in una interazione genitore-bambino poco coerente.
2. Il bambino può esprimere, sia in modo passivo sia attivo, rabbia/ostinazione e pianto.
C. Coinvolgimento psicologico
1. Il genitore può percepire il bambino come un proprio pari, oppure può viverlo come partner di un rapporto di coppia o considerarlo oggetto di attrazione erotica.

2. Il genitore non percepisce il bambino come un individuo distinto da sé e con bisogni propri, e non dimostra un interesse sincero per l'unicità del bambino. Questo può comportare una scarsa definizione dei limiti generazionali. Fra gli esempi troviamo:
a) tentativi, da parte del genitore, di convincere il bambino ad andare incontro ai bisogni del genitore piuttosto che ai propri;
b) considerare il bambino come un confidente;
c) vicinanza fisica estrema o carezze eroticizzate;
d) un basso livello di reciprocità o di dialogo che testimonia uno scarso senso di individualità da parte dei due soggetti.
3.4b Ipo-coinvolgimento
La relazione può essere caratterizzata da un coinvolgimento e da una comunicazione sporadici o poco frequenti, che spesso si riflettono in una mancanza di interesse o nella bassa qualità delle cure prestate.
A. Caratteristiche dell'interazione
1. Il genitore è insensibile e/o non è in sintonia coi segnali del bambino. Ad esempio, un genitore depresso può esprimere verbalmente affetto o interesse per il suo bambino ma essere troppo stanco o distratto per essere disponibile, sul piano emotivo, al pianto del figlio.
2. Esiste una mancanza di coerenza tra gli atteggiamenti espressi dal genitore nei confronti del bambino e la qualità reale delle interazioni. Possono mancare la predittività o la reciprocità nell'ordine e nella sequenza delle interazioni. Ad esempio, un genitore può, a parole, mostrarsi preoccupato per la necessità di mangiare di un bambino che stenta a crescere ma, nello stesso tempo, non fare nulla per spingere il bambino a mangiare.
3. Il genitore ignora, rifiuta o è incapace di soddisfare le richieste di conforto del bambino.
4. Il genitore non è in grado di funzionare adeguatamente come specchio in cui si riflettono gli stati interni del bambino.
5. Il genitore non protegge sufficientemente il bambino dalle fonti di pericolo fisico o emotivo o dagli attacchi degli altri.
Ad esempio:
a) il genitore lascia il bambino da solo per lunghi periodi o lo affida alle cure del fratello ancora giovane;
b) l'ambiente di casa non è organizzato a misura di bambino.
6. Le interazioni genitore-bambino appaiono spesso poco armoniche poiché i segnali del bambino vengono spesso ignorati o interpretati male dal genitore.
7. Il genitore e il bambino sono spesso per conto proprio o stabiliscono solo contatti intermittenti. Ad esempio, si rilevano pochi contatti visivi o una scarsa vicinanza fisica.
8. Il bambino può apparire trascurato sul piano fisico o psicologico.
Ad esempio:
a) il bambino è frequentemente malato, ma non è stato mai sottoposto a visite mediche regolari;
b) il corpo del bambino o i suoi vestiti sono sporchi;
c) problemi di crescita di natura non organica.
9. Il bambino può presentare un ritardo nelle abilità motorie o linguistiche dovuto alla mancanza del supporto necessario per lo sviluppo. Tuttavia, alcuni bambini possono presentare abilità linguistiche e motorie precoci e utilizzare queste capacità come parte di uno stile relazionale promiscuo con gli adulti.
B. Tono affettivo
1. Sia l'affettività del bambino sia quella del genitore appaiono spesso coartate, piatte, caratterizzate da isolamento e tristezza.
2. Agli occhi dell'osservatore l'interazione appare priva di vitalità e incapace di produrre piacere.
C. Coinvolgimento psicologico

1. Nella discussione con gli altri o nelle interazioni col bambino, il genitore può essere inconsapevole dei segnali e dei bisogni del figlio.
2. La storia relazionale del genitore può essere stata caratterizzata da carenze sul piano emotivo e/o da trascuratezza sul piano fisico. Di conseguenza, il genitore può essere di norma poco disponibile fisicamente e/o emotivamente e non preoccuparsi di far sì che queste cure possano essere fornite al bambino da un solo sostituto.
3.4c Relazione ansiosa/tesa
Questa relazione è caratterizzata da interazioni che risultano tese, povere e che non danno un senso di rilassamento o di reciprocità. La relazione comunica al clinico un senso di ansia e di tensione.
A. Caratteristiche dell'interazione
1. La sensibilità del genitore ai segnali del bambino è solitamente estremamente alta.
2. Il genitore fa frequenti riferimenti al benessere del bambino, al suo comportamento o sviluppo divenendo, in alcuni casi, iper-protettivo.
3. Il genitore tocca il bambino in modo goffo o teso.
4. La relazione può presentare interazioni negative sia sul piano verbale sia emotivo, sebbene queste non costituiscano la sua caratteristica predominante.
5. Esiste una scarsa sincronia fra il temperamento del genitore e del bambino o fra il loro livello di attività.
6. Il bambino può essere molto accondiscendente o ansioso nei confronti del genitore. Ad esempio, un bambino può stare aggrappato al proprio genitore in modo eccessivo, oppure l'ansia del bambino può interferire con i livelli di sviluppo attesi, relativi all'articolazione del linguaggio o al gioco simbolico.
B. Tono affettivo
1. Il genitore o il bambino presentano un umore ansioso, che si manifesta attraverso uno stato di tensione, apprensione e agitazione, o ancora attraverso l'espressione facciale o le caratteristiche delle vocalizzazioni e del linguaggio.
2. Sia il genitore sia il bambino sono iper-reattivi l'uno nei confronti dell'altro. Ciò comporta un aumento delle interazioni poco armoniche. Questo pattern spesso coesiste con le difficoltà di regolazione sottostanti del bambino.
C. Coinvolgimento psicologico
Il genitore spesso sbaglia a interpretare il comportamento o lo stato emotivo del bambino rispondendo, di conseguenza, in modo inadeguato ai suoi segnali. Ad esempio, un genitore il cui bambino piange e strilla può interpretare l'angoscia o la frustrazione del figlio come risposta alla propria incapacità di essere un bravo genitore. Può vivere sentimenti di rifiuto e di fallimento e, di conseguenza, finire col trovare sempre da ridire al bambino o cercare di evitarlo.
3.4d Relazione arrabbiata/ostile
Questa relazione è caratterizzata da interazioni genitore-bambino severe e brusche, spesso prive di reciprocità emotiva. La relazione trasmette al clinico un senso di rabbia e di ostilità.
A. Caratteristiche dell'interazione
1. Il genitore può essere insensibile ai segnali del bambino, specialmente quando pensa che il bambino faccia troppe richieste.
2. Il genitore tocca il bambino in modo brusco.
3. Il genitore può schernire o prendere in giro il bambino.
4. Il bambino può apparire pauroso, ansioso, inibito, impulsivo o generalmente aggressivo.
5. Il bambino può presentare comportamenti di evitamento o di resistenza nei confronti del genitore.
6. Il bambino può manifestare comportamenti di richiesta eccessivi e/o comportamenti aggressivi verso il genitore.
7. Il bambino può manifestare comportamenti di paura, comportamenti vigilanti o evitanti.

8. Il bambino può manifestare una preferenza per i comportamenti concreti piuttosto che per quelli che sviluppano la fantasia e l'immaginazione. Alcune competenze cognitive e linguistiche, essendo legate alla formazione del pensiero astratto, come la capacità di far fronte a sentimenti complessi, possono risultare inibite o presentare ritardi.
B. Tono affettivo
1. L'interazione tra genitore e bambino assume solitamente un tono ostile o avversivo.
2. Risulta osservabile un grado di tensione, che può andare da livelli moderati a livelli considerevoli, assieme a una chiara mancanza di divertimento o di entusiasmo.
3. L'affettività del bambino può apparire ridotta.
C. Coinvolgimento psicologico
Il genitore può percepire la dipendenza del figlio come una richiesta eccessiva e irritarsi per i bisogni espressi dal bambino. Questa irritazione può essere dovuta agli agenti stressanti della vita corrente o derivare dalla storia relazionale del genitore, che può essere stata caratterizzata da carenze affettive e/o ostilità. Ecco alcuni esempi:
a) il genitore può percepire i bisogni dei dipendenza del bambino come simili ai bisogni del proprio genitore depresso, o del genitore inaccessibile od ostile che ha avuto da piccolo. Di conseguenza, può rispondere ai bisogni del proprio bambino tramite la frustrazione o atteggiamenti ostili.
b) Il genitore può percepire la crescente indipendenza, assertività o negatività tipica dell'età del bambino come una minaccia alla propria autorità o possibilità di controllo.
c) Il genitore può proiettare i propri sentimenti negativi sul bambino e, di conseguenza, interagire col bambino come se questi sentimenti fossero propri del bambino.
3.4e Disturbo relazionale misto
La relazione può essere caratterizzata da una combinazione delle caratteristiche sopra descritte. Il alcune relazioni genitore-bambino, nessuno dei pattern di interazione problematici individuati appare predominante. Per classificare queste relazioni può essere utilizzata la categoria di Disturbo relazionale misto. Per usare questa categoria il clinico deve poter individuare pattern specifici, ad esempio, relazioni caratterizzate da un'alternanza di interazioni arrabbiate e ostili e di interazioni distaccate e con scarso coinvolgimento, oppure relazioni caratterizzate da una oscillazione fra iper- e ipo-protezione.
3.5 Maltrattamento
Il maltrattamento può essere espresso in forma verbale, fisica e/o sessuale. Le tre diagnosi che seguono sono associate a tre forme specifiche di maltrattamento e acquistano la precedenza sulle altre diagnosi riferite alla relazione che sono state prima descritte. Se si propende per una di queste diagnosi, essa va considerata dal clinico come diagnosi della relazione primaria; in un secondo momento, si passerà a caratterizzare il pattern globale della relazione utilizzando una delle descrizioni proposte in precedenza (ad esempio, ipo-coinvolgimento, relazione arrabbiata/ostile etc.)
A causa del livello di gravità e di persistenza dei comportamenti di maltrattamento, è sufficiente riscontrare uno dei descrittori delle caratteristiche dell'interazione per attribuire una delle diagnosi di maltrattamento. Naturalmente, può essere riscontrata più di una forma di maltrattamento.
3.5a Maltrattamento verbale
Include contenuti emotivi che esprimono un grave maltrattamento, limiti poco chiari e iper-controllo.
A. Caratteristiche dell'interazione
1. Il contenuto del maltrattamento verbale/emotivo espresso dal genitore si prefigge di deprezzare, biasimare, attaccare, iper-controllare e rifiutare fortemente il bambino.
2. Il bambino può presentare reazioni molto varie, che vanno dal frenare le proprie espressioni comportamentali o dall'assumere comportamenti di vigilanza fino alla

manifestazione di gravi comportamenti di acting-out.
B. Tono affettivo
1. Il carattere negativo dell'interazione genitore-bambino e il maltrattamento possono evidenziarsi attraverso l'espressione emotiva depressa, non modulata e/o sobria che il bambino presenta.
C. Coinvolgimento psicologico
1. Il genitore può interpretare in modo errato il pianto del bambino, considerandolo spesso come una reazione negativa intenzionale diretta verso di lui. Questa interpretazione può emergere dal contenuto degli attacchi del genitore, che riflettono le questioni non risolte legate a relazioni critiche precedenti.
2. L'input inviato dal bambino può far riaffiorare esperienze dolorose precoci, come può capitare a una madre che non è in grado di rispondere al pianto del proprio bambino poiché essa stessa si è sentita rifiutata, o che si sente inadeguata e indegna quando non è in grado di confortare in bambino. Questo collegamento spesso è inconscio.
3.5b Maltrattamento fisico
A. Caratteristiche dell'interazione
1. Il genitore fa male fisicamente al bambino.
Fra gli esempi troviamo:
a) schiaffeggiare, sculacciare, picchiare, pizzicare, mordere e dare calci.
b) Costrizione fisica.
c) Isolamento per lunghi periodi.
d) Altre forme estreme di punizione.
2. Il genitore nega regolarmente al bambino generi essenziali per la sua sopravvivenza, quali cibo, cure mediche e/o opportunità di riposo.
3. Questa diagnosi può includere anche periodi di maltrattamento verbale/emotivo e/o abusi sessuali.
B. Tono affettivo
1. La tonalità emotiva della diade è caratterizzata da rabbia, ostilità o irritabilità.
2. Esiste una tensione tra genitore e bambino che va da livelli moderati a livelli molto alti; è inoltre percepibile una marcata assenza di divertimento o di entusiasmo.
C. Coinvolgimento psicologico
1. Il genitore manifesta o esprime rabbia od ostilità nei riguardi del bambino o alzando la voce o attraverso il comportamento (ad esempio, aggrotta la fronte, disapprova con lo sguardo, esprime contenuti verbali e/o atteggiamenti fortemente punitivi). Il genitore dimostra di avere difficoltà nel porre dei limiti al bambino utilizzando modalità non punitive.
2. Il bambino può manifestare una preferenza per i comportamenti concreti piuttosto che per quelli che implicano fantasia e immaginazione. Per questa ragione, alcune abilità cognitive e linguistiche che risultano legate alla capacità di astrazione, come la capacità di far fronte ai sentimenti complessi, possono risultare inibite o presentare ritardi.
3. Nell'interazione si possono riscontrare periodi di forte vicinanza fisica e periodi di distacco, evitamento od ostilità.
4. Genitore e bambino possono presentare un funzionamento accettabile in alcune aree, ma diventare estremamente legati o eccessivamente distanti quando si incontrano particolari questioni "esplosive" (ad esempio, esperienze passate o rappresentazioni interne di relazioni riferite alla storia relazionale del genitore fanno sì che il genitore proietti o interpreti particolari comportamenti del bambino in modo errato, considerandole richieste eccessive, comportamenti di rifiuto o attacchi).
3.5c Abuso sessuale
Prevede una mancanza di attenzione per le frontiere di tipo fisico e una intrusione estrema ed erotizzata.
A. Caratteristiche dell'interazione

1. Il genitore mette in atto comportamenti seduttivi e sessualmente iperstimolanti nel rapporto col bambino. Questi comportamenti hanno lo scopo di soddisfare i bisogni o desideri sessuali del genitore.
Fra gli esempi troviamo:
a) costringere e forzare il bambino ad accarezzare eroticamente il genitore.
b) Costringere o forzare il bambino ad accettare carezze erotiche del genitore.
c) Costringere o forzare il bambino a osservare i comportamenti sessuali di altri.
2. Il bambino può manifestare comportamenti a sfondo sessuale come l'esibizionismo, il cercare di guardare o toccare altri bambini.
3. Questa diagnosi può includere anche periodi di maltrattamento verbale/emotivo e/o maltrattamento fisico.
B. Tono affettivo
1. La mancanza di limiti e di consistenza nell'interazione genitore-bambino può manifestarsi attraverso l'espressione emotiva del genitore che può apparire labile. Sono riscontrabili periodi di rabbia o di ansia.
2. Il bambino può apparire ansioso e/o teso.
3. Il bambino può apparire pauroso, ansioso o diffusamente aggressivo.
C. Coinvolgimento psicologico
1. Appare tipico del genitore non rispondere in modo empatico ai bisogni e ai segnali del bambino, a causa della preoccupazione per i propri bisogni di auto-gratificazione narcisistica.
2. Il genitore presenta un pensiero estremamente distorto, che lo porta a scegliere il bambino come oggetto sessuale.
Va inoltre ricordato che il bambino può manifestare difficoltà nello sviluppo della fantasia e dell'immaginazione, così come nello sviluppo delle capacità di formare categorie astratte nell'ambito del funzionamento linguistico e cognitivo. Il bambino può sviluppare la tendenza a formare un'organizzazione non integrata di affettività, pensiero e comportamento, ad esempio, un Io diviso piuttosto che un'organizzazione unitaria della personalità.

3.6 ASSE III: DISTURBI E CONDIZIONI FISICHE

L'asse III dovrebbe essere utilizzato per annotare qualsiasi diagnosi relativa alla salute fisica (incluse quelle mediche e neurologiche) e mentale e/o diagnosi sullo sviluppo basate su altri sistemi di classificazione e di diagnosi. Questi sistemi includono il Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) dell'American Psychiatric Association e l'International Classification of diseases (ICD-9 o ICD-10) e ancora, le classificazioni specifiche utilizzate da logopedisti, psicomotricisti, fisioterapisti e insegnati di sostegno. Attualmente è in via di sviluppo un manuale di classificazione diagnostica indirizzato al personale sanitario di base (versione per l'infanzia); questi lavori sono coordinati dall'Unità Operativa dell'American Academy of Pediatrics impegnata nella classificazione della salute mentale infantile.

3.7 ASSE IV: AGENTI PSICOSOCIALI DI STRESS

Questo asse è stato incluso per aiutare il clinico a tenere in considerazione le varie forme e i diversi gradi di agenti psicosociali di stress, fattori che esercitano un'importante influenza su un gran numero di disturbi infantili. Una fonte di stress psicosociale può essere presente nella vita del bambino sia in forma diretta (ad esempio, una malattia che richiede l'ospedalizzazione del bambino) sia informa indiretta (ad esempio, una malattia improvvisa del genitore che comporta al bambino un'esperienza di separazione). L'evento stressante può essere di durata breve o prolungata; può essere causato da un singolo evento o da una serie di eventi con effetto cumulativo. Alcuni eventi specifici e alcune situazioni di transizione che, nella nostra cultura, rappresentano delle normali esperienze di vita - ad esempio, la nascita di un fratellino, il trasferimento della famiglia in una città diversa, il rientro al lavoro di un genitore dopo che questi è stato a casa per un po' di tempo, o l'inserimento all'asilo nido o alla scuola materna - possono costituire per il bambino una fonte di

stress. Alcuni bambini vivranno questi cambiamenti como agenti stressanti mentre altri li affronteranno con facilità e si adatteranno velocemente alle nuove circostanze. Altre cause di stress possono essere, invece, più generalizzate e durare più a lungo; questo è quanto avviene in caso di povertà, nelle situazioni in cui l'ambiente circostante al bambino è violento o nei casi in cui il bambino subisce dei maltrattamenti nell'ambiente familiare.
Per valutare l'impatto che una particolare fonte diretta o indiretta di stress psicosociale può avere sul bambino è opportuno considerare la perdita che il bambino subisce nei termini di sicurezza di base e di conforto, quegli elementi essenziali dell'"involucro" di protezione e di sostegno che dovrebbe costituire l'ambiente di cure più vicino al bambino. Quindi, il clinico deve essere in grado di distinguere la gravità dello stress da quello che sarà il suo impatto finale sul bambino, impatto che sarà fortemente influenzato dalla risposta che darà l'ambiente. L'ambiente che circonda il bambino, può, infatti, funzionare da scudo e proteggerlo dalla fonte di stress, riducendo, di conseguenza, l'entità dell'impatto; può però accadere che l'ambiente non sia in grado di proteggere il bambino o che, in alcuni casi, contribuisca addirittura a rinforzare l'effetto dell'agente di stress attraverso atteggiamenti ansiosi e/o negativi.
L'impatto finale di un evento stressante dipende da tre fattori:
- la gravità dell'evento stressante (la sua intensità e la durata di quel dato livello di intensità; il carattere improvviso della sua insorgenza; la sua frequenza e la non prevedibilità della sua ricorrenza);
- il livello di sviluppo del bambino (l'età cronologica, la dotazione di base del bambino e la robustezza dell'Io);
- la disponibilità e la capacità dell'adulto che si prende cura del bambino di fungere da scudo protettivo e di aiutarlo a comprendere e a trovare il modo di affrontare la situazione di stress.
Lo scopo dell'indice di stress proposto dal manuale di classificazione diagnostica 0-3 è quello di individuare le fonti di stress, la loro gravità, e la loro durata in riferimento a un bambino specifico. Maggiore è il numero di fattori coinvolti, maggiore sarà la gravità dello stress che si presume il bambino viva. Per quanto riguarda gli effetti dello stress, vanno presi in considerazione i danni allo sviluppo, i comportamenti legati al trauma psichico, i cambiamenti nell'affettività e i disturbi di relazione. L'utilità di valutare l'impatto generale dello stress sul bambino risiede nel tentativo di cogliere la capacità di recupero del bambino alla luce della quantità di stress, delle capacità individuali (le risorse più interne) e del supporto esterno. Gli altri assi di questo sistema di classificazione coglieranno la natura specifica dell'impatto sul bambino.
Alla luce dei rapidi cambiamenti nella progressione dei livelli di sviluppo e della rapida maturazione biologica nei primi anni di vita, della relativa sensibilità del bambino al cambiamento e della sua capacità di adattarsi o meno, vengono proposte le seguenti definizioni di stress "prevalentemente acuto" o "prevalentemente duraturo":
Prevalentemente acuto
Primo anno: durata inferiore a un mese
Secondo anno: durata inferiore ai tre mesi
Terzo anno: durata inferiore ai tre mesi
Prevalentemente duraturo
Primo anno: durata superiore a un mese
Secondo anno: durata superiore ai tre mesi
Terzo anno: durata superiore ai tre mesi
Per utilizzare l'indice di stress, il clinico dovrebbe prima identificare tutte le fonti di stress e determinare la gravità dello stress (considerandolo lungo un continuum che

va da medio a grave). Deve quindi valutare l'impatto dello stress sul bambino, impatto che può essere modificato dalla reazione dell'ambiente, il quale può attenuare o regolare l'impatto. Per valutare la gravità cumulativa dello stress è importante identificare tutti gli agenti stressanti presenti nella situazione di un particolare bambino, ad esempio, un bambino dato in affidamento può non aver ancora superato l'impatto dei maltrattamenti subiti o della situazione di malattia psichiatrica del genitore o delle esperienze di separazione o del fatto di essere vissuto in condizioni di povertà. Per questa ragione, il clinico deve assicurarsi di identificare le fonti di stress attuali e di verificare se queste continuano ad avere o meno un effetto negativo sul bambino, ad esempio, nel caso in cui vi sia stato un trasferimento della famiglia in una città diversa o la nascita di un fratellino o l'inserimento al nido o alla materna etc.
Indice di stress
Fonti di stress: Acuto Duraturo
Rapimento
Maltrattamento fisico
Abuso sessuale Acuto Duraturo
Maltrattamento emotivo
Adozione
Nascita di un fratello
Affidamento familiare
Ospedalizzazione
Perdita di un genitore
Perdita di un altro adulto
significativo
Malattia fisica
Trasferimento
Disastri naturali
Venire ignorato
Malattia fisica del genitore
Malattia psichiatrica del
genitore
Povertà
Inserimento all'asilo nido o
alla scuola materna
Separazione dal genitore per
motivi di lavoro
Separazione dal genitore per
altri motivi
Sfratto dall'abitazione di
residenza
Lesioni
Una persona cara subisce un
trauma
Ambiente circostante violento
Altro
Numero di agenti stressanti
Il clinico dovrebbe considerare l'impatto globale sul bambino di tutti gli agenti di stress sopra elencati data la capacità protettiva dell'ambiente. La lista presentata sopra può essere utilizzata come una scala di valutazione a scopi clinici o di ricerca.
1. Nessun effetto.
2. Effetti di lieve intensità: lo stress genera tensione e ansia riconoscibili ma non interferisce con il livello globale di adattamento del bambino, ad esempio, irritabilità, scatti temporanei di rabbia o di pianto, scatti nel sonno etc.
5. Effetti di intensità moderata: lo stress influenza negativamente alcune aree

dell'adattamento ma non le aree più importanti della comunicazione e della relazione, ad esempio, il bambino si aggrappa fortemente alla madre, non vuole andare a scuola, presenta comportamenti impulsivi o di opposizione, disturbi del sonno etc.
7. Effetti gravi: lo stress determina importanti deviazioni in alcuni aspetti dell'adattamento; ad esempio, il bambino evita di entrare il relazione con gli altri, appare depresso e rinchiuso in se stesso, piange in modo inconsolabile, è terrificato, non riesce a comunicare etc.

3.8 ASSE V: LIVELLI DI SVILUPPO DEL FUNZIONAMENTO EMOTIVO

3.8a

L'asse V di questo approccio diagnostico multiassiale ha a che fare con il modo in cui l'organizzazione dell'esperienza del bambino si riflette sul suo modo di funzionare. Ad esempio, ci si può chiedere se il bambino è in grado di organizzare l'esperienza in una rappresentazione mentale (un'immagine simbolica multisensoriale) come accade nel gioco di finzione, o se, invece, è alla mercé della scarica comportamentale. Questo asse si occupa del livello di sviluppo raggiunto dal bambino nell'organizzazione della propria esperienza affettiva, interattiva, comunicativa, cognitiva, motoria e sensoriale. In questo schema, il livello di sviluppo costituisce un insieme di processi di base interconnessi che compaiono uno dopo l'altro; ciascuno di essi, però, continua a svilupparsi e a divenire più complesso man mano che il bambino cresce. Ad esempio, l'attenzione reciproca compare prima che il bambino sia in grado di mantenere lo sguardo per un certo tempo, ma continua a evolversi anche contemporaneamente a questa capacità e, via via che il bambino si sviluppa, l'attenzione reciproca risulta sostenuta da condizioni e comportamenti sempre più complessi. I bambini di tre mesi possono guardare e seguire il genitore per 5-10 secondi: già qualche mese dopo possono fare le stesse cose impegnandosi o divertendosi per circa 30 secondi; verso 10-11 mesi continueranno a prestare attenzione, a divertirsi, riuscendo anche a spostare, durante il gioco, un oggetto avanti e indietro per un minuto o due.
Non appena il bambino è in grado di attivare ognuno di questi processi, diventa importante valutare se il bambino ha raggiunto il livello di funzionamento adeguato alla sua età. Si rivela anche utile valutare sotto quali condizioni il bambino riesce a manifestare questo livello di padronanza. Ad esempio, un bambino può essere capace di seguire, impegnandosi a interagire in modo reciproco con il genitore quando l'ambiente è tranquillo; al contrario, se l'ambiente è rumoroso, il bambino può desincronizzarsi, vagare, o preferire il gioco con un oggetto, ignorando tutte le persone che gli stanno intorno.
Di seguito sono elencate le capacità fondamentali che costituiscono ciascun livello di sviluppo. Inoltre, viene indicata la gamma di età in cui ciascuna di queste abilità comincia a svilupparsi.

Attenzione reciproca: a tutte le età

Capacità di manifestare interesse per il mondo guardando o ascoltando chi parla o chi propone esperienze visive, uditive, motorie o tattili appropriate. La capacità della diade di prestare attenzione all'altro e di rimanere calmi e focalizzati sull'altro per un periodo ragionevole di tempo dipende dall'età del bambino; ad esempio, 5 o più secondi a partire dai 3-4 mesi, 30 secondi o più a partire dagli 8-10 mesi; 2 minuti o più a partire dai due anni e 15 minuti dai 4 anni in poi.

Impegno reciproco: osservabile a partire dai 3-6 mesi

Capacità di coinvolgimento emotivo reciproco, osservabile da sguardi, sorrisi e vocalizzi di soddisfazione, movimenti sincronici di gambe e braccia e altri gesti che esprimono un senso di soddisfazione e di partecipazione affettiva. Questi comportamenti risultano già ben acquisiti verso i 4-6 mesi. Con l'evolversi della relazione, il bambino manifesta un crescente senso di sicurezza e di conforto, oltre che interesse e curiosità per il genitore. Con il procedere dello sviluppo, una gamma più vasta di emozioni entra a far parte di questa capacità.

Intenzionalità e reciprocità nell'interazione: osservabili già verso i 6-8 mesi

Capacità di interagire in modo finalizzato, intenzionale e reciproco, sia nel prendere l'iniziativa sia nel rispondere ai segnali dell'altro. La capacità di stabilire delle interazioni causa-effetto richiede pattern motori specifici e disposizioni emotive differenti, ad esempio, la capacità di tendersi verso il genitore per farsi prendere in braccio, la curiosità e il desiderio di esplorazione, il senso di piacere provato nel mettere un dito in bocca alla madre, la capacità di esprimere i sentimenti di collera e di protesta etc. Si può pensare ad una serie di circoli di comunicazione che si aprono e si chiudono. Per fare un esempio, il bambino può iniziare a guardare un oggetto (apre il circolo della comunicazione), il genitore risponde prendendo l'oggetto e mettendolo proprio di fronte al bambino facendo un grosso sorriso mentre dice "eccolo!". Nel momento in cui il bambino vocalizza, raggiunge l'oggetto o muta la sua espressione facciale, egli sta chiudendo il circolo della comunicazione operando sulla risposta del genitore. Questa capacità viene solitamente raggiunta intorno agli 8 mesi. Con la crescita, aumenteranno sia il numero sia il livello di complessità delle interazioni; si passerà cioè dai 3-4 circoli di comunicazioni osservabili all'età di 8-10 mesi ai 10-15 circoli tipici dell'età di 12-16 mesi, ai 20-30 circoli intorno ai 20-24 mesi. Questa capacità dovrebbe aumentare col passaggio del bambino dai 2-3 anni (30-40 circoli) ai 3-4 anni (50 e più circoli).
Comunicazione affettivo-rappresentativa: bambini di età superiore ai 18 mesi
Capacità di utilizzare rappresentazioni mentali per le comunicazioni di tematiche e intenzioni di natura affettiva, osservabile attraverso il linguaggio e il gioco di finzione. Ad esempio, dai 18 ai 24 mesi il bambino fa finta di dar da mangiare alla bambola o di metterla a letto, di far scontrare le automobili etc.; dai 30 mesi in poi, il gioco diventa più elaborato, oltre a servirsi di un linguaggio semplice, ad esempio, "io arrabbiato", "tu piaci". All'inizio i gesti e il linguaggio saranno concreti e funzionali, legati alle esperienze e alle routine quotidiane.
Elaborazione delle rappresentazioni: bambini al di sopra dei 30 mesi
Capacità di elaborare, sia nel gioco di finzione sia nella comunicazione simbolica, un certo numero di intenzioni che vanno al di là dei bisogni primari e dei temi semplici tipici delle prime comunicazioni rappresentative illustrate sopra. Il bambino manifesterà la capacità di utilizzare una comunicazione simbolica per trasmettere due o più intenzioni emotive per volta, sotto forma di idee, o sentimenti più complessi, ad esempio, tematiche relative all'intimità o dipendenza, alla separazione, all'esplorazione, all'assertività, alla rabbia, all'amor proprio o esibizionismo. Le intenzioni non devono essere necessariamente legate fra loro o logicamente connesse l'una all'altra, ad esempio, due autocarri possono prima scontrarsi e successivamente caricare i massi necessari a costruire una casa.
Differenziazione delle rappresentazioni I: bambini al di sopra dei 36 mesi
Capacità di trattare intenzioni, desideri e sentimenti complessi nel gioco di finzione o in altri tipi di comunicazione simbolica che prevedono la presenza di due o più intenzioni logicamente connesse fra loro. Il bambino è in grado di distinguere ciò che è reale da ciò che non lo è, ed è capace di passare dal piano reale a quello della fantasia con una difficoltà minima. A partire dai 36 mesi il bambino è in grado di chiudere circoli simbolici di comunicazione sia nel gioco di finzione sia nelle conversazioni sulla realtà.
Differenziazione delle rappresentazioni II: bambini al di sopra dei 42 mesi
Capacità di elaborare un gioco di finzione complesso e una comunicazione simbolica riguardante intenzioni, desideri e sentimenti complessi. Sia il gioco sia la comunicazione diretta contengono tre o più intenzioni, logicamente connesse fra loro, e tengono conto dei concetti di causalità, di spazio e di tempo. A partire dai 42-48 mesi, il bambino è in grado di elaborare pensieri sul "come", "cosa" e "perché", che rendono più profonde sia le drammatizzazioni sia i dialoghi sugli eventi reali.
3.8b Indicazioni per la valutazione del livello di sviluppo del funzionamento emotivo
La valutazione di questo Asse dovrebbe essere basata sulle osservazioni

dell'interazione che il bambino stabilisce con ciascuno dei due genitori e con gli altri adulti significativi. Alla fine della valutazione il clinico dovrebbe anche considerare la qualità della propria interazione con il bambino e indicare i livelli che sono stati raggiunti.
I bambini presentano differenze individuali nella durata sostenibile di queste attività e nelle condizioni necessarie per raggiungere un coinvolgimento ottimale, cioè per mantenere il livello di relazione raggiunto. Ad esempio, i bambini che sono altamente reattivi o molto sensibili e facilmente distratti possono essere incapaci di attenzione vicendevole o di raggiungere una certa reciprocità a meno che il genitore non modifichi l'ambiente rendendolo più tranquillo e ricominci l'interazione. Un altro esempio è costituito dai bambini che sono iporeattivi alla stimolazione o che si focalizzano prevalentemente sul gioco con i giocattoli piuttosto che sul gioco con i loro genitori; in questi casi i bambini possono non lasciarsi coinvolgere affettivamente (e questo dovrebbe emergere dallo sguardo reciproco e dal livello di piacere condiviso) a meno che il genitore non fornisca contatto sensoriale e motorio al fine di stabilire una qualche reciprocità.
Va tenuto presente che mentre questi processi emergono in una sorta di progressione evolutiva, passata l'età prevista per la loro comparsa i bambini possono manifestare le suddette abilità in gradazioni diverse.
Per valutare il livello di sviluppo del funzionamento emotivo, il clinico deve necessariamente porsi, per ciascun livello, le seguenti domande:
- sono state raggiunte dal bambino le capacità attese per la sua età in relazione alle diverse funzioni?
- Il bambino è in grado di dare risposte appropriate al suo livello di età, in una varietà di condizioni che includono stati affettivi diversi, quali piacere, rabbia, frustrazione etc. o in condizioni di stress, o quando l'ambiente è confuso, iperstimolante etc.?
- Il bambino è in grado di rispondere in modo più appropriato se il genitore sostiene l'interazione fornendo facilitazioni sensoriali e motorie (ad esempio, facendo penzolare un oggetto, facendolo rimbalzare, schiacciando un tasto assieme al bambino, cantando)?
- Il bambino è in grado di dare risposte più appropriate se il genitore controlla il livello di stress o di confusione presente nell'ambiente riducendo la quantità di stimolazione (rumore, luce, numero di persone o di giocattoli etc.)?
- Deve essere sempre il genitore a prendere l'iniziativa o il bambino è in grado di dare inizio a interazioni appropriate alla sua età (ad esempio, sequenze di finzione di una certa ricchezza)?
- Il bambino è in grado di mantenere la propria posizione in una conversazione elaborata basata su fatti reali?
In altri termini, il clinico dovrebbe valutare i livelli evolutivi del funzionamento raggiunto dal bambino, verificare se questi sono appropriati alla sua età e per quanto tempo il bambino riesce a sostenerli; dovrebbe poi individuare in quali condizioni il bambino è in grado di dare la prestazione migliore.
3.8c Livelli di sviluppo del funzionamento emotivo
Il livello di funzionamento viene individuato in due fasi. La prima richiede la valutazione delle qualità del gioco del bambino e dell'interazione con ciascuna delle persone che hanno un ruolo significativo nella sua vita. Si tratta di identificare tutti i livelli specifici di sviluppo raggiunti dal bambino e le persone con le quali li ha raggiunti. Il secondo passo richiede di identificare il livello di funzionamento globale del bambino.
Valutazione delle qualità del gioco del bambino e dell'interazione
Nell'osservare il bambino mentre interagisce con ciascuno dei due genitori, con altri adulti che si prendono cura di lui e con il clinico, vanno utilizzati i livelli presentati qui di seguito. Tali livelli possono essere considerati anche alla stregua di punteggi ordinali utilizzabili a scopi clinici o di ricerca. A ciascuno degli adulti si dovrebbe chiedere di

interagire o di giocare con il bambino nel modo in cui è solito farlo, senza interruzioni, per circa 10 minuti. Per i bambini dai due anni in su, se necessario, si incoraggi il genitore a giocare facendo uso di giocattoli o a proporre un gioco di finzione dopo i primi cinque minuti di gioco. Va ricordato che con bambini più grandi sarà necessario valutare sia il livello di funzionamento attuale sia i livelli precedenti.
1. Livello di funzionamento appropriato all'età in presenza di qualsiasi condizione e manifestazione di tutta la gamma di stati affettivi.
2. Livello di funzionamento appropriato all'età ma vulnerabile allo stress e/o presenza di una gamma limitata di affetti.
3. Ha acquisito una particolare capacità ma questa non è in armonia con le espressioni di quella capacità attese per la sua età, a esempio, il bambino entra in relazione ma in modo immaturo.
4. Perché la capacità si manifesti sono necessari una qualche strutturazione o sostegno sensoriale e motorio; in caso contrario, la capacità si manifesta in modo intermittente o inconsistente.
5. La capacità è appena presente anche se il bambino viene sostenuto dall'adulto.
6. Il livello non è stato raggiunto.
Livello di sviluppo del funzionamento emotivo Madre Padre Altro Clinico
Attenzione reciproca: Capacità della diade
di prestare attenzione all'altro (tutte le età).
Impegno reciproco: Capacità di coinvolgimento
emotivo reciproco, osservabile dagli sguardi,
dai gesti etc. (3-6 mesi).
Intenzionalità e reciprocità nell'interazione:
Capacità di stabilire interazioni causa-effetto
Dove il bambino manda segnali e risponde in
modo finalizzato ai segnali di un'altra persona;
questo livello include pattern senso-motori
specifici e una varietà di disposizioni emotive
(6-18 mesi).
Comunicazione affettivo-rappresentativa: Madre Padre Altro Clinico
Capacità di utilizzare rappresentazioni mentali
Per comunicare tematiche affettive, rilevabile
Attraverso il linguaggio e il gioco di finzione
(età superiore ai 18 mesi).
Elaborazione delle rappresentazioni: Abilità di
elaborare, sia nel gioco di finzione sia nella
comunicazione simbolica, un certo numero di
idee che vanno al di là dei bisogni di base e che
riguardano intenzioni, desideri o sentimenti più
complessi; non è necessario che le idee siano
logicamente connesse fra loro (età superiore ai
30 mesi).
Differenziazione delle rappresentazioni I:
Abilità di trattare di intenzioni, desideri e
sentimenti complessi nel gioco di finzione e
nella comunicazione simbolica dove le idee
risultano logicamente connesse fra loro; il
bambino distingue ciò che è reale da ciò che
non lo è ed è capace di passare facilmente dal
piano della fantasia a quello della realtà (età
superiore ai 36 mesi).
Differenziazione delle rappresentazioni II:
Capacità di elaborare gioco di finzione e

comunicazione simbolica complessi,
caratterizzati da tre o più intenzioni logicamente
connesse fra loro, dove sono presenti i concetti
di causalità, di tempo e di spazio (età superiore
ai 42 mesi).

Livello di funzionamento emotivo globale

Una valutazione globale del livello di funzionamento emotivo è basata soprattutto sull'osservazione diretta del bambino e sull'interazione con esso, ma è anche importante, per determinare il livello di funzionamento globale, avere informazioni sul funzionamento del bambino a casa e in contesti differenti. Questa valutazione è basata sul livello di funzionamento migliore del bambino anche se questo livello non è presente in modo consistente con tutti gli adulti che si prendono cura di lui. Nella determinazione del livello di funzionamento globale si dovrebbe tener conto però dell'inconsistenza del bambino.

1. Ha raggiunto pienamente i livelli di funzionamento attesi.
2. Ha raggiunto i livelli attesi ma con qualche caduta:

a) il livello di funzionamento non viene mantenuto per tutta la gamma di affetti, ad esempio, chiusura, asserzione, rabbia, paura, ansia.
b) Il livello di funzionamento non viene mantenuto in presenza di particolari condizioni di stress.
c) Il bambino funziona a quel dato livello solo in presenza di alcuni adulti specifici e non con altri, anche se questi ultimi sono sufficientemente capaci o forniscono livelli eccezionali di sostegno.

3. Non ha raggiunto il livello di funzionamento previsto per la sua età ma ha raggiunto tutti quelli precedenti.
4. Non ha raggiunto il livello di funzionamento atteso per la sua età ma padroneggia alcuni dei livelli precedenti.
5. Non padroneggia nessuno dei livelli di funzionamento precedenti.

Capitolo 4

TERAPIA DEI DISTURBI DELLA REGOLAZIONE

4.1 La psicoterapia bambino-genitore

Questo metodo coincide con la forma di intervento sviluppata da Selma Fraiberg, prima che essa la applicasse al programma bambino-genitore presso l'università di California, a San Francisco. Vi è una tendenza forte e incomprensibile ad associare la psicoterapia bambino-genitore con l'attività di Selma Fraiberg descritta nel saggio I fantasmi nella stanza dei bambini (Fraiberg et. al., 1975). Fraiberg ha coniato questa espressione oltre vent'anni fa per riferirsi al fenomeno che porta il bambino a essere inghiottito dalle aspettative e dalle attribuzioni inconsce dei genitori o delle figure di accudimento. La frase si riferisce al fatto di essere catturati nei conflitti psicologici irrisolti dei genitori. Fraiberg ha impiegato questa espressione come una sorta di abbreviazione stenografica per la trasmissione transgenerazionale dei pattern o dei disturbi dell'attaccamento così come dei problemi di salute mentale.

L'immagine potente di fantasmi nella stanza dei bambini ha catturato l'immaginazione di molti clinici, diventando quasi concreta. I fantasmi sono un modo per riferirsi al ruolo del neonato nella famiglia, che, tra molte altre cose, costituisce il rappresentante inconscio delle figure di attaccamento relative al passato dei genitori. Quando il neonato acquisisce per un genitore questo significato, non rappresenta più soltanto se stesso, ma anche qualcun altro, che spesso rimane anonimo. Il neonato può così diventare l'oggetto di transfert negativo, attraverso il quale il genitore ripete un'esperienza di dolore, di rabbia o di delusione non riconosciuta e non esorcizzata, che ha provato nelle sue primissime relazioni.

In altre parole, le rappresentazioni interiori del bambino proprie dei genitori e la loro esperienza del comportamento da parte del neonato vengono distorte dalle loro esperienze passate, che, nel nuovo contesto genitoriale, fanno adesso ritorno. Per

esempio, il pianto di un neonato non viene inteso come una richiesta di aiuto, ma piuttosto come un'accusa carica di rabbia, che rimprovera il genitore perché non sta facendo le cose come si deve e che si merita critiche pesanti per via della sua inettitudine. In questo modo, un neonato non è solo un neonato. Esso viene invece percepito come un tiranno, che probabilmente, è davvero esistito da qualche parte nel passato del genitore che torna a rivivere attraverso il neonato.
Quando i genitori vivono effettivamente le cose in questo modo, è improbabile che siano espansivi con un bambino angustiato, e non importa se gli altri (per esempio, i terapeuti) cercano di convincerli a comportarsi in modo da non esserlo. È probabile che i genitori tendano a ignorare il neonato oppure rispondano senza provare sentimenti di colpa, senso del dovere o desiderio di compiacere le persone che li stanno consigliando di agire in questo modo. Ma è probabile che nessuna di queste alternative funzioni sul lungo periodo, e persino a breve termine, perché i conflitti genitoriali relativi al neonato troveranno sempre un'altra via di espressione se la prima modalità di esprimere quei sentimenti negativi risulta bloccata.
La psicoterapia bambino-genitore è stata elaborata come un tentativo di correggere, attenuare o modificare i fraintendimenti compiuti dai genitori e di incrementare l'empatia e il piacere ininterrotto presenti nella relazione tra neonato e una o più figure di accudimento. L'aspetto della psicoterapia bambino-genitore di cui si prende atto con minori difficoltà è quello relativo al processo volto ad aiutare i genitori a comprendere quanto sia intensa e pervasiva la loro ambivalenza nei confronti del bambino, oppure il loro rifiuto vero e proprio, dato che ciò, alla luce delle personali esperienze negative compiute dai genitori, può portare ad abusi o a negligenze nei confronti del neonato. Va sottolineato che queste esperienze infantili penose vengono spesso rimosse e non sono immediatamente accessibili alla mente cosciente del genitore. In alternativa, esse possono essere negate oppure dimenticate del tutto, in quanto non viene ricordato nulla di ciò che si riferisce all'infanzia. Un'altra possibilità è che l'adulto possa ricordare l'esperienza affettiva e richiamarla intellettualmente o cognitivamente, ma sia incapace di elaborarla affettivamente; in altre parole, che vi sia una forma di dissociazione nei confronti dei sentimenti corrispondenti. I genitori possono ricordare, senza tuttavia provare alcun sentimento per ciò che ricordano.
Questo aspetto particolare della psicoterapia bambino-genitore, ossia lo sforzo di collegare il presente con il passato e di cercare legami tra il modo in cui le prime esperienze condizionino le esperienze attuali, ha portato a percepire i terapeuti come se fossero "cacciatori di fantasmi". Cercando di liberare il neonato dal passato che ossessiona il genitore, la psicoterapia bambino-genitore mira infine ad aiutare i genitori a venire a patti con la loro infanzia, invece di agirla (acting) attraverso il bambino.
Nella psicoterapia bambino-genitore classica il bambino è, di solito, presente durante la seduta. In altre parole non viene chiesto ai genitori di parlare del loro passato in sua assenza. La sua presenza contribuisce fortemente a comprendere e a catturare i conflitti genitoriali in tutta la loro immediatezza e intensità emotiva. Questa immediatezza è spesso più intensa quando la terapia viene praticata a domicilio. Il processo terapeutico si dispiega nel contesto naturale costituito dallo spazio personale del bambino. Il terapeuta tenta di creare un ambiente favorevole alla rievocazione delle immagini, dei ricordi e dei sentimenti. Allo stesso tempo, le interazioni in corso tra genitore e bambino continuano a svilupparsi. Stiamo davvero osservando che cosa stia accadendo in queste relazioni e come tutto ciò tenda di solito a verificarsi anche quando noi siamo presenti.
Va detto che questo genere di attività può essere realizzato con successo anche nello studio, ma la casa aggiunge un livello di immediatezza che è prezioso in quanto tale. L'attività terapeutica, sostanzialmente, incoraggia i genitori a parlare di se stessi e del loro neonato a modo proprio – vale a dire, in base alle loro associazioni libere -, salvo che in questo caso l'associazione libera non consiste solo di parole ma anche di azioni.

Ciò si deve al fatto che mentre i genitori stanno parlando con noi, sono in relazione anche con il neonato.
Quando i genitori parlano, osserviamo il loro comportamento e il modo in cui agiscono nei confronti del bambino. Allo stesso tempo, la risposta del bambino alle loro azioni rappresenta essa stessa una forma parallela di comunicazione. In effetti, si stanno realmente verificando due diversi livelli di interazione; il livello del comportamento e il livello della verbalizzazione. Il terapeuta cerca di comprendere in quale misura le cose che i genitori stanno dicendo a proposito di se stessi, del bambino e delle sue prime esperienze risuoni nel loro comportamento nei confronti del bambino. Talvolta vi è un certo contrasto tra ciò che un genitore sta dicendo e ciò che un genitore sta facendo. I clinici cui capita di osservare un contrasto del genere tenteranno probabilmente di comprenderlo come un conflitto interno al genitore tra differenti percezioni, desideri ed emozioni.
Per esempio, i genitori giovani possono parlare di come, incredibilmente, essi rifiutino i propri sentimenti nei confronti del bambino, di come siano ingrassati diventando genitori, o persino di come, talvolta, desidererebbero ucciderlo. Tuttavia, il loro comportamento nei confronti del figlio sembra essere immancabilmente empatico. Il significato di una situazione del genere mette in imbarazzo. I genitori non sono consapevoli di essere, sul piano del comportamento manifesto, dei buoni genitori? Ci stanno facendo capire che l'empatia è solo parte della messa in scena e che stanno inconsciamente chiedendo di non essere delusi? Probabilmente, i genitori stanno chiedendo al terapeuta di dedicare attenzione a quanto stanno dicendo nella speranza di essere presi sul serio.
Talvolta, ciò che un genitore sta dicendo può essere così sconvolgente che il terapeuta si rifugia in quello che il genitore sta facendo.
Il terapeuta ha la responsabilità di essere alla presenza – con i genitori e con il bambino – di entrambe le forme di comunicazione (con le parole e con le azioni). In questo senso, lo psicoterapeuta della relazione bambino-genitore ha bisogno, in modo ben preciso, del proverbiale terzo orecchio di Theodore Reik (1948), un'attenzione oscillante adottata dal terapeuta per catturare e conferire significato ai temi non detti presenti nel racconto del paziente. Si potrebbe dire che il terapeuta ha bisogno anche di un "quarto orecchio", allo scopo di catturare l'esperienza del bambino e di accertarsi se questa concordi o meno con il racconto e il comportamento dei genitori.
In altre parole, il bambino ci offre l'immagine complessiva – che può essere coerente oppure del tutto diversa rispetto a quella offerta dai genitori – di come stiano andando le cose a casa sua. Di conseguenza, il terapeuta, dovrebbe dedicare al bambino altrettanta attenzione di quella che dedica alle parole e alle azioni dei genitori.
Talvolta, l'enorme difficoltà imposta dal compito di dover dividere l'attenzione tra un genitore realmente bisognoso e un bambino realmente bisognoso è già di per sé un indizio importante dell'esistenza dei problemi. Il terapeuta, come partecipante emotivamente coinvolto, è in grado di percepire la tensione, o il conflitto, che si verifica tra i bisogni di ogni membro della diade o della triade.
4.2 Psicoterapia multimodale genitore-bambino
Questa modalità di intervento sembra quella meglio applicabile ai bisogni delle famiglie colpite da numerosi problemi concomitanti. Nella pratica clinica della salute mentale infantile, il trattamento di queste situazioni richiede la massima flessibilità, la sensibilità per i bisogni specifici dei pazienti e la capacità di comprendere i vari problemi a seconda dell'importanza e della gravità.
Questo modello fa assegnamento su un processo di intervento che coinvolge, insieme ai clinici, i genitori e il bambino quali partner fondamentali, allo scopo di comprendere il problema e di tentarne la soluzione. Il terapeuta modifica ruoli e tecniche a seconda del problema iniziale e del modo in cui si evolve la situazione. Il problema che ci si trova di fronte può essere semplice in sé, ma può diventare complesso e difficile in presenza di un determinato contesto familiare. Oppure, può essere soltanto uno dei

tanti problemi che la famiglia è costretta a fronteggiare, tra cui altre fonti di stress e circostanze avverse di ordine sociale ed economico.
La psicoterapia genitore-bambino può essere descritta come l'interazione tra il sistema della famiglia e del bambino e quello del terapeuta o del team terapeutico. In linea ottimale, i rapporti tra questi due sistemi sono istruttivi, soddisfacenti e costruttivi per entrambi e danno luogo a esiti positivi, o almeno la situazione problematica migliora. In questi scambi, il terapeuta è pronto a modificare gli interventi, potendo contare su mutamenti e variazioni nel rapporto con il sistema famiglia-bambino. Tuttavia, se l'interazione terapeutica non porta a risposte reciprocamente adattive per lo specifico blocco di problemi familiari, la terapia si può dimostrare inefficace.
Tale proposta terapeutica richiede che il terapeuta sia altamente flessibile e capace di impiegare una certa varietà di tecniche diverse. Se si adotta un solo metodo per affrontare tutti questi problemi, è improbabile che questo si adatti all'effettiva realtà di una specifica relazione con la famiglia, il bambino o la coppia genitore-bambino. Quando i terapeuti sono preparati per impiegare interventi differenziati, possono applicare varie strategie alla sfida clinica particolare, e prendere in considerazione fattori come la motivazione familiare al cambiamento, lo specifico problema del bambino e i vincoli concreti imposti dalla situazione (per esempio, il viaggio da compiere per raggiungere il terapeuta, le limitazioni finanziarie). Alcune delle tecniche consigliate sono utili quando la famiglia dispone di motivazioni o di risorse troppo limitate per un trattamento prolungato, oppure quando si rende necessario un cambiamento rapido.
Inoltre, nei diversi momenti della relazione terapeutica, si possono usare differenti "lenti teoriche" (per esempio, terapia del sistema familiare, sostegno psicopatologico nel corso dello sviluppo, terapia comportamentale, psicoanalisi), in modo da ottenere una migliore comprensione della natura dei problemi. Queste prospettive informeranno e guideranno gli interventi. La letteratura disponibile relativa alla psicoterapia genitore-bambino tende a dare rilievo a una prospettiva psicodinamica e a interventi capaci di fornire una struttura complessiva per la comprensione dei problemi di salute mentale del bambino (Cramer, 1995; Lebovici, 1983; Lieberman, 1992; Stern, 1995; Stoleru, Morales-Huet, 1989). Questa struttura guida la maggior parte degli altri interventi. Vi è invece, comparativamente, scarsa informazione disponibile su tecniche meno orientate all'interpretazione, ma più immediate e pratiche.
Vi sono scarse prove empiriche che dimostrino l'efficacia degli interventi psicoterapeutici, compresi quelli effettuati durante l'infanzia, se si fa eccezione per gli studi sui modelli di psicoterapia breve genitore-bambino compiuti dalla scuola (Cramer, 1995; Cramer, Palacio Espasa, 1993) e per il modello di guida interattivo descritto da McDonough (1995). Sono tuttavia in corso studi sulle ricadute dell'approccio multimodale.

4.3 Interventi multimodali

Non tutte le famiglie rispondono allo stesso modo nei confronti di determinati modelli di terapia. Per esempio, alcuni genitori con un bambino che piange "quasi tutto il giorno" possono recarsi dal clinico per chiedere un consiglio immediato in merito a quello che possono fare per aiutarlo. Possono sentirsi profondamente delusi se il clinico non darà loro utili consigli per fare in modo che il bambino pianga di meno.
I terapeuti che notano la disperazione dei genitori possono focalizzare la loro ricerca, sin dalla prima seduta, sulle ragioni che portano il bambino a piangere così e, in un secondo tempo, possono indicare quali siano le modalità necessarie per affrontare una sfida così grave (per esempio, tenere il bambino in braccio più spesso, ridurre gli stimoli uditivi, usare un ciuccio). Una volta che i sintomi più penosi sono stati in qualche modo alleviati o siano migliorati del tutto, si può spostare l'attenzione altrove, in modo da scoprire se vi siano altri elementi di disturbo. Il terapeuta può allora venire a conoscenza di tutta una serie di problemi, come i sentimenti di rabbia o di rifiuto che

i genitori provano per il bambino, oppure l'esistenza di gravi situazioni di stress. Se si vuole aiutare il bambino, questi problemi devono alla fine essere affrontati. In alternativa, il processo può terminare nel momento stesso in cui i genitori, dopo aver messo in atto i consigli iniziali del terapeuta, osservano che il bambino non piange più come prima.
Può darsi al contrario che un'altra famiglia con un bambino che piange eccessivamente possa fare a meno di accogliere il parere clinico. I genitori che hanno maggiori difficoltà per quanto riguarda l'autostima o la fiducia negli altri, e che sono stati accusati dalle famiglie di non prendersi adeguatamente cura del bambino, possono provare risentimento se il terapeuta consiglia inizialmente un qualunque genere di intervento concreto. In una situazione del genere, il terapeuta può trovare che sia più utile proporre un modello riflessivo che ponga anzitutto l'accento sull'empatia nei confronti dei genitori e, in secondo luogo, nei confronti del bambino. Il terapeuta dovrebbe cercare di stabilire con i genitori una relazione di fiducia, affinché questi non provino diffidenza per i consigli relativi al trattamento. È possibile ipotizzare che, dopo questi iniziali movimenti terapeutici, i genitori possano rendersi ricettivi nei confronti delle tecniche da adottare quando si tratta di calmare il bambino o di metterlo a suo agio, e che servono a prevenire ulteriori episodi.
Un team multidisciplinare (comprendente, per esempio, terapeuti della famiglia, terapeuti del lavoro, terapeuti del linguaggio, medici, psicologi dell'età evolutiva e psichiatri) può progettare rapidamente strategie multimodali (oppure un clinico può semplicemente consultarsi con i colleghi di altre discipline). Quando c'è un team, clinici di diversa formazione contribuiscono con la loro specifica competenza alla comprensione dei problemi clinici. Attraverso la discussione dei casi clinici, i membri di ogni disciplina partecipano alla progettazione di una soluzione, mentre imparano l'uno dall'altro e ampliano in questo modo il loro repertorio terapeutico. Questo approccio può essere illustrato con il caso seguente (Maldonado-Duràn, 2002).
David
La signorina G, una madre di 18 anni, porta in clinica David, il figlio di 11 mesi, lamentandosi del fatto che il bambino appare estremamente aggressivo e che i suoi scoppi d'ira la fanno piombare in uno stato di frustrazione. Secondo lei, raramente David è contento per un certo periodo di tempo, e sembra molto infelice. Quando è arrabbiato, il bambino tende a picchiare, e aveva cercato di colpire anche lei. In effetti, l'aveva colpita molte volte. La signorina G fa vedere le braccia, che presentano numerosi piccoli lividi. David colpisce anche le altre persone che lo accudiscono, comprese la nonna materna e le zie.
A questo punto, il clinico può indagare in parecchie direzioni, potendo contare sul suo punto di vista teorico e sul suo retroterra professionale. Un terapeuta della famiglia può essere interessato al contesto e al significato sistemico di queste lamentele e al comportamento della madre e del bambino.
La signorina G dice che mentre lei è al lavoro è la madre a occuparsi di David. Rimpiange il fatto di dover fare affidamento sulla madre, ma ha una vita sottoposta a molteplici fonti di stress. Non solo lavora in un fast-food, ma frequenta anche il college. Si prende cura del bambino nel tempo che le resta. In seguito, quando le è stato chiesto di parlare del suo rapporto con la madre, riferisce che in passato hanno avuto parecchi scontri fisici. Durante questi litigi l'avrebbe persino picchiata. Alcuni scontri recenti sono iniziati quando la madre ha scoperto che la signorina G era incinta e l'aveva cacciata fuori di casa.
Il terapeuta potrebbe allora prendere in esame gli aspetti transgenerazionali della situazione e cercare di esplorare con la signorina G il fatto che l'aggressione (picchiare) sembri attraversare almeno 3 generazioni. La terapia potrebbe procedere concentrando l'attenzione su questa prospettiva. Il terapeuta potrebbe esplorare anche le molteplici forme di stress cui la signorina G è sottoposta: la povertà, l'accudimento del bambino mentre frequenta la scuola, i conflitti con la madre e i

problemi di accesso al sistema sanitario.
Al contrario, un clinico con uno sguardo maggiormente focalizzato sul bambino e a partire da un prospettiva orientata in chiave evolutiva potrebbe focalizzarsi sulle modalità attraverso le quali il bambino ha sviluppato questi comportamenti. Durante la seduta, il terapeuta potrebbe esplorare e osservare come il bambino gioca, si muove nella stanza e parla; come variano le sue emozioni e come mangia, come dorme e reagisce ai cambiamenti. Il terapeuta potrebbe cercare di dare un'idea dello stato cognitivo, della sensibilità e delle emozioni del bambino.
Il terapeuta apprende che David ha una lunga storia di pianto, che si estende per lunghi periodi di tempo, è altamente sensibile e fa chiasso per un nonnulla. Se le cose non vanno per il verso giusto, perde immediatamente il controllo e piange o aggredisce chi gli sta attorno. Durante la seduta, il terapeuta osserva David che sbatte la testa contro un tavolo. Si arrabbia subito, si incammina verso la madre, che è abbastanza distante, la colpisce e cerca di morderla, come se fosse stata lei a provocargli il dolore e desiderasse punirla. Il terapeuta, allora, ipotizza che David stia lottando perché non sa come esprimere la propria rabbia in modo più adattivo. Il terapeuta consiglia numerosi interventi. Uno per attenuare l'intensità di stimoli presenti nel suo contesto ambientale; un altro per agevolare i cambiamenti durante la routine quotidiana. Il terapeuta consiglia inoltre alla signorina G di cercare di capire il dolore del figlio manifestando la propria preoccupazione quando il bambino appare sconvolto. Successivamente, di fronte alla signorina G, il terapeuta "insegna" a David a non picchiare e a non mordere e gli fa vedere, con una bambola, che cosa succede quando qualcuno picchia un'altra persona. Il terapeuta ne dà una dimostrazione picchiando una bambola ed "esprimendo" (Gergely, Watson, 1996) il dolore che questa subisce, accentuando l'espressione emotiva associata al dolore. Suggerisce allora un'alternativa e la illustra chiedendo a David di toccare la bambola con gentilezza, in modo da non farle male. David sembra sorpreso. Il clinico gli chiede (e chiede alla madre, che sarà anch'essa un modello per il figlio) di dare alla bambola un bacio invece di picchiarla. David fa così e il terapeuta lo applaude. Raccomanda alla signorina G di praticare questa nuova emozione anche a casa. Le consiglia inoltre di dare un nome ai sentimenti negativi manifestati da David quando appare così frustrato da essere "matto", di capirlo e di blandirlo, invece di mortificarlo e di metterlo da parte.
Questo intervento rappresenta un approccio cognitivo-comportamentale alla medesima situazione clinica e ha costituito il primo livello di intervento nei confronti di questa famiglia. Un clinico più orientato in senso psichiatrico potrebbe essere interessato al fatto che la madre della signorina G soffre di disordine bipolare. Potrebbe allora tentare di interpretare i sintomi che si manifestano nei disturbi dell'umore della signorina G e del bambino.
La signorina G dice che per gran parte del tempo si sente triste e arrabbiata, dato che l'arrivo del bambino ha distrutto il suo desiderio di frequentare la facoltà di medicina. Se la signorina G conferma più di un sintomo della depressione maggiore, il primo consiglio che le si può dare è di impegnarsi in un tentativo di cura antidepressiva. Riferisce di essere molto irritabile e stanca e di avere scarsa energia per occuparsi del bambino. Spesso si sente come se al mattino non si fosse alzata dal letto, ed è pessimista per quanto riguarda il suo futuro.
Un professionista più orientato in senso psicodinamico può esplorare il gran numero di sentimenti consapevolmente contrastanti espressi dalla signorina G a proposito di David e della sua nascita. La signorina G dice di avere cercato di interrompere la gravidanza nel momento in cui ha saputo di essere incinta. Quando si è recata in clinica, le è stato detto che era "troppo tardi". Si è resa conto che avrebbe dovuto continuare la gravidanza, ma aveva deciso di dare il bambino in adozione. Quando la madre della signorina G ha scoperto il suo progetto, si è arrabbiata e l'ha costretta a tenere il bambino, dicendo che il solo pensiero di darlo in adozione rappresentava una

disgrazia per la famiglia. Si è offerta di aiutare la signorina G a prendersi cura di David.
Il terapeuta orientato in senso psicoanalitico può arrivare a concludere che la signorina G non ha fatto spazio (Hoffmann, 1995) a David, né nella sua vita né nella sua mente. Il bambino viene percepito come un intruso o persino come una punizione; ha rovinato i suoi progetti e lei è ora costretta a pagare le conseguenze del proprio errore. Il terapeuta può iniziare il lavoro clinico parlando del sentimento della signorina G relativo al fatto che il bambino è arrivato nella sua vita al momento sbagliato e senza essere stato voluto. Questa presa di coscienza può aiutare la signorina G a cominciare a pensare a come creare nella sua vita uno spazio per il figlio.
Un terapeuta orientato all'infanzia può essere più incline a parlare del bambino e perciò a promuovere, nella signorina G, lo sviluppo dell'empatia nei confronti del figlio. Osservando il bambino in azione in occasione degli episodi di aggressione e di percosse, il clinico potrebbe riflettere su come David si sente quando cerca di picchiare la madre e sul carattere caotico dei suoi sentimenti quando dà in escandescenze. Questa possibilità di mutamento nell'espressione dei sentimenti da parte del bambino può aiutare la signorina G a comprendere l'intenzionalità presente nelle sue azioni, e a prevedere, e forse prevenire, esplosioni future. Questa consapevolezza potrebbe aiutarla almeno a contenere David e ad accettare i suoi sentimenti, senza reprimerli e metterli da parte.
Questi sono soltanto alcuni dei punti di vista ipotizzabili che sarebbe possibile adottare per affrontare una situazione del genere. La decisione relativa a quali strategie adottare dipende anche dall'intuizione del terapeuta e dalla sua percezione del bambino e della famiglia; dipende inoltre da ciò che la famiglia si aspetta e da quali sono gli obiettivi terapeutici che è in grado di realizzare. Il terapeuta e la famiglia potrebbero allora negoziare un contratto terapeutico, sapendo che entrambe le parti dovrebbero essere disponibili ad aggiustare il loro centro di attività a seconda dei progressi nella terapia.

4.4 Casi clinici

I casi che verranno presentati sono stati proposti dai membri dell'Unità Operativa di classificazione diagnostica del centro per i programmi di clinica infantile ZERO-TOTHREE;
i clinici di questa unità operativa lavorano in una varietà di setting. Il trattamento dei casi clinici descritti può avvenire in setting diversi, fra cui il consultorio familiare, i servizi di base, i centri di salute mentale infantile, i servizi di psichiatria infantile e i centri privati di psicoterapia.
Nella discussione dell'intervento terapeutico non vengono esplicitati né il tipo di setting utilizzato, né la qualifica professionale del terapeuta. Vengono invece indicati in modo dettagliato quegli aspetti che il terapeuta dovrebbe assolutamente prendere in considerazione qualora dovesse intervenire in un caso simile a quello descritto.
L'intervento terapeutico che viene presentato dopo l'illustrazione di ognuno dei casi selezionati intende proporre un approccio teso a soddisfare i bisogni individuali del bambino e quelli della sua famiglia, bisogni che sono stati descritti nella presentazione del caso e poi riassunti nel profilo diagnostico. È probabile che, in relazione ai casi descritti, anche altri tipi di intervento potrebbero risultare efficaci. Una discussione più dettagliata degli approcci terapeutici ai diversi problemi verrà presentata in una prossima pubblicazione dell'Unità Operativa di classificazione diagnostica ZERO-TOTHREE
che proporrà un'analisi dettagliata di alcuni casi clinici e le indicazioni per il loro trattamento.

4.4a Caso 1: Ben

Descrizione del caso
L'educatrice di asilo nido di Ben ha chiamato nuovamente; Ben continua a picchiare e

a mordere, e gli altri bambini sono terrorizzati dal suo comportamento. L'unico posto in cui si calma è l'angolo della pittura dove lavora da solo e crea figure bellissime e piene di colore, di cui fornisce spiegazioni dettagliate già all'età di due anni.
L'immagine che i genitori hanno di Ben prima che frequentasse il nido è quella di un bambino meraviglioso. Ben ha iniziato ad andare al nido subito dopo la nascita della sorella e questo ha forse favorito la comparsa dei comportamenti aggressivi. Man mano che la bambina è diventata più attiva, anche lui è diventato più vivace e ha cominciato a sfogare sulla sorella la frustrazione e la rabbia che provava spingendola, picchiandola e, addirittura, mordendola. Gli altri bambini hanno paura a giocare con lui. Con i genitori, Ben è in grado di recitare le regole di un comportamento accettabile e dice che "la prossima volta farà senz'altro quanto gli viene chiesto" ma, in realtà, è impulsivo e sembra privo di rimorsi, rende chi gli sta vicino ansioso e arrabbiato. Dopo gli scatti d'ira, si scusa con insistenza e pretende di lasciar cadere l'episodio. I genitori di Ben hanno chiesto di essere aiutati.
Durante il primo incontro, questo bel bambino biondo di tre anni appare terribilmente ansioso. È molto brillante ma anche ipersensibile. Si dimostra curioso e pone molte domande sui giocattoli, li prova tutti ma non organizza spontaneamente alcun gioco. Con l'aiuto dell'esaminatore riesce a fare qualche elaborazione facendo il gioco del dottore, tagliando l'arto ferito della bambola. Notando gli animali dice: "la zebra è arrabbiata e morsica perché il papà e la mamma picchiano"; poi continua ad allineare gli animali che mordono da un lato e gli animali buoni dall'altro.
Ben si dimostra capace di elaborare i vissuti per mezzo di rappresentazioni. I personaggi che mette in scena sono sempre arrabbiati, mordono e sono vendicativi e agitati se non possono stare da soli. Ben risponde alle domande sul gioco che gli vengono poste ma non interagisce spontaneamente, né presta attenzione ai suggerimenti e ai gesti se questi non vengono espressi verbalmente. Ci sono ovunque alligatori che divorano persone e missili che esplodono. Questo si alterna con i tentativi di porre al riparo piccole figure, fra cui la famiglia di orsetti Berenstein che Ben usa per mettere in scena le situazioni di vita reale nelle quali si sforza di essere buono e di ritrovare la sicurezza in un mondo pieno di pericoli e conflitti. È sempre in ansia e non comunica nessuna emozione di affetto, intimità e fiducia.
Se si prende attentamente in considerazione il comportamento di Ben si può intuire la presenza di numerosi problemi sottostanti. Ben si mostra spaventato quando, senza preavviso, qualcuno gli si avvicina troppo; si sente invece a proprio agio se è lui stesso a cercare il contatto fisico. Pertanto, è possibile che venga a farsi coccolare nelle prime ore del mattino. Se una persona, anche ben conosciuta, fa per caso un gesto amichevole nei suoi confronti, lui si ritrae dicendole di non toccarlo. quando gioca con due giocattoli, ne tiene uno per mano e può muoverli solo uno per volta. Se gli viene detto qualcosa mentre è impegnato in qualche attività si comporta come se non avesse sentito. Sensibile ai suoni dell'ambiente circostante, si distrae con facilità ed è lento a orientarsi quando cerca ansiosamente di rendersi conto dell'origine del suono. Ha difficoltà a riconoscere lo spazio personale: urta e sbatte contro gli altri bambini e cerca il contatto fisico in modo inappropriato. È anche piccolo per la sua età, inciampa spesso, è scarsamente tonico e presenta difficoltà di coordinazione motoria.
La madre racconta che è sempre stato un bambino che dormiva poco e mangiava in modo irregolare; aveva poca pazienza e piangeva facilmente. Odiava essere sollevato in aria e detestava i movimenti improvvisi. Tuttavia ha iniziato presto a camminare (a 10 mesi), dopo un breve periodo in cui ha gattonato. Quando ha iniziato a camminare bene, i suoi problemi precedenti sono divenuti meno evidenti, così i genitori hanno smesso di preoccuparsi. Quando le difficoltà di Ben sono divenute più gravi, la madre ha assunto un atteggiamento iperprotettivo cercando in continuazione di arginare le critiche e le arrabbiature degli altri e provando a razionalizzare i problemi. Si rivolgeva ripetutamente al figlio spiegandogli con pazienza le cose e questi prometteva che

sarebbe stato più buono. I problemi di Ben la angosciavano perché le facevano venire in mente suo fratello disabile, così lei cercava di minimizzare il tutto e di calmare gli animi.
Il padre viaggiava parecchio e sembrava tirarsi indietro sempre di più nel tentativo di controllare la propria rabbia e l'identificazione con Ben. Quando lui e Ben giocavano insieme, di solito sceglievano il gioco della dama o altri giochi di società con regole fisse, dove il figlio dimostrava di possedere abilità precoci. Entrambi i genitori si rendevano conto che Ben ricordava loro qualcuno (se stesso nel caso del padre o il fratello nel caso della madre). La relazione tra il padre e la madre è peggiorata man mano che le difficoltà di Ben crescevano, ma nessuno dei due ha fatto ricorso alla violenza fisica, preferendo invece tirarsi indietro o adottare un atteggiamento di compensazione eccessivo.
Ulteriori osservazioni (ad esempio, la difficoltà di Ben di manipolare contemporaneamente due giocattoli tenuti in mani diverse) fanno pensare a problemi di pianificazione motoria e di coordinazione percettivo-motoria. Inoltre, Ben ha difficoltà a guardare i giocattoli mentre cerca di coordinarli e ha difficoltà a valutare gli spazi e le distanze quando deve seguire con lo sguardo oggetti in movimento. Tutto ciò produce un fortissimo stress dato che Ben riceve dai due occhi informazioni discordanti. Non riesce a usare la vista per dirigere con efficacia i propri movimenti o per interpretare in modo corretto le azioni degli altri. Presenta anche un tono muscolare basso e un atteggiamento di difesa verso il contatto fisico. L'adattamento di Ben al mondo esterno si rivela fragile. Reagisce all'insicurezza con un eccesso di aggressività.
Discussione
Ben mostra un comportamento impulsivo e aggressivo, tipico dei disturbi del comportamento e della condotta. È arrabbiato nei confronti del mondo che continuamente lo riprende, e conta sulla madre "protettiva" per avere sempre qualche altra possibilità di comportarsi bene. Essendo diventato molto ansioso nelle situazioni sociali, ha adottato la strategia di attaccare per non essere attaccato. All'età di tre anni l'immagine che ha di se stesso è quella di un bambino cattivo, arrabbiato e senza amici. Sebbene il pattern di interazione con i membri della sua famiglia continui a peggiorare, questi non sembrano essere l'origine delle sue difficoltà. Poiché crescendo è costretto ad aver contatti con quel mondo esterno che lo colpisce con la sua imprevedibilità, Ben diventa sempre più reattivo. A causa dei disturbi di regolazione costituzionali e maturazionali presenti sin dalla nascita, Ben non riesce a tollerare l'aumento dell'input sensoriale e lo stress emotivo causato dalla nascita della sorella e dalle difficoltà sociali incontrate a scuola. Questo ha generato ansia e problemi comportamentali.
Intervento
Ben può trarre beneficio sia da una terapia basata sul gioco sia da una terapia psicomotoria centrata sull'integrazione degli input sensoriali, che lo aiutino a superare le difese sensoriali e le difficoltà di coordinazione motoria. È consigliata anche una visita oculistica per valutare l'entità di eventuali problemi specifici nello sviluppo delle capacità visive o altri impedimenti responsabili delle difficoltà di Ben, in particolare di quelle legate alla negoziazione dello spazio e dei movimenti. Attraverso la terapia basata sul gioco Ben può scoprire modi appropriati per esprimersi in modo simbolico e può imparare strategie di comportamento nuove per risolvere i problemi che gli si presentano. La terapia dovrebbe favorire anche una maggiore riflessività e lo sviluppo di una più profonda coscienza di sé. Nel caso di Ben la terapia basata sul gioco dovrebbe durare a lungo, in modo da fornirgli il sostegno necessario per poter maturare prima dell'ingresso alla scuola elementare, e per superare le difficoltà di elaborazione che influenzano il suo comportamento.
Far partecipare i genitori alle sedute terapeutiche può essere d'aiuto per l'apprendimento di modalità simboliche di elaborazione e per dare a Ben la sensazione

di avere lui il "potere e il controllo" degli eventi, sensazione di cui ha bisogno quando deve fare i conti con la realtà e con le aspettative degli altri. È essenziale fornire ai genitori consigli che li aiutino sia ad affrontare le difficoltà comportamentali del figlio e la sua intensa gelosia, sia a superare i loro sensi di colpa, sentimenti di rabbia, il disappunto e la paura. Come ultima cosa - ma non per questo meno importante - è necessario offrire una consulenza anche agli insegnanti di Ben, dal momento che il suo comportamento può essere visto semplicemente come cattiveria o può essere interpretato correttamente come incapacità dei genitori di porre i giusti limiti al bambino. In questo modo gli insegnanti possono comprendere i punti forti e le difficoltà specifiche del bambino, così da sviluppare strategie utilizzabili a scuola per prevenire l'insorgere dei conflitti e per rafforzare l'autostima del bambino.
Profilo diagnostico
Asse I: Disturbi della regolazione - Tipo III
Asse II: Tendenza verso un eccessivo coinvolgimento (la madre non mostra lo stesso atteggiamento con il secondo figlio)
Asse III: Nessuno
Asse IV: Agenti psicosociali di stress - Effetti lievi
Asse V: Livello di sviluppo del funzionamento emotivo - Al livello atteso con limitazioni nella gamma degli affetti e in condizioni di stress
4.4b Caso 2: Miguel
Descrizione del caso
Miguel, 37 mesi, ha colpito fisicamente la sorellina di due mesi. Ha frequentato assiduamente un asilo nido diverso da quello della sorella. Al nido, manifestava una mancanza di coinvolgimento sociale e, in una occasione, stava soffocando un compagnetto di 3 anni. La madre ha osservato una diminuzione delle relazioni sociali dal momento in cui è iniziata la sua ultima gravidanza, periodo in cui Miguel è diventato sempre meno comunicativo, poco interessato all'interazione e meno propenso ad andare al nido. Quando ha cominciato a picchiare la sorellina, i genitori hanno parlato con lui e lo hanno chiuso in camera per un breve momento.
La gravidanza della madre di Miguel è andata molto bene, a eccezione di una lieve infezione virale e del parto cesareo. Alla nascita Miguel pesava quasi quattro chili e ha ottenuto un indice Apgar di 9 e 9. È stato allattato al seno fino all'età di sei mesi; è stato descritto come un bambino attivo, sorridente e affettuoso che, per i primi due mesi di vita, ha dormito e mangiato senza alcun problema. Lo sviluppo e le relazioni con i pari erano nella norma.
Quando Miguel aveva 18 mesi, la famiglia si è trasferita dal Messico in California. All'età di 20 mesi, Miguel presentava una forte ecolalia, anche se successivamente, il suo linguaggio ha cominciato a migliorare fino all'età di 30 mesi. È possibile che l'episodio di ecolalia e il suo successivo miglioramento siano stati una risposta al cambiamento di linguaggio dovuto al trasferimento geografico e alla conseguente esposizione alla lingua inglese. Comunque, l'ecolalia è aumentata in seguito a un secondo trasferimento della famiglia e all'inserimento al nido. Questo fa pensare che l'ecolalia fosse una risposta a uno stato di stress generale legato ai cambiamenti intervenuti nelle routine del bambino. Questa ipotesi è sostenuta dal fatto che, da quel momento, Miguel è diventato sempre più irritato e facilmente frustrato, intollerante verso qualsiasi cambiamento nelle routine, spesso iper-reattivo all'ambiente e freneticamente attivo. Ha smesso di rispondere alle domande, divenendo estremamente angosciato nelle occasioni di separazione dai genitori e isolato dai bambini, fatta eccezione per i momenti in cui diventata particolarmente eccitato o violento.
La valutazione ha fatto propendere per una ipersensibilità e un sovraccarico di stimolazioni verbali e visive. Nonostante avesse un vocabolario appropriato all'età, Miguel presentava un linguaggio espressivo ecolalico e tendeva a descrivere gli oggetti attraverso la loro funzione piuttosto che usando la loro etichetta verbale. Ha, inoltre,

dimostrato di avere una scarsa coordinazione motoria, oltre che problemi di pianificazione motoria. Miguel giocava in modo ripetitivo e stereotipato e presentava difficoltà di interazione sia con gli adulti sia con i bambini. Ciononostante, possedeva alcune capacità di gioco simbolico dove confluivano temi frammentari di separazione, dipendenza, abbandono, rabbia e aggressività verso la sorella e verso i pari. I genitori di Miguel hanno incontrato molte difficoltà nel coinvolgerlo nella relazione finendo con l'adottare un atteggiamento oscillante fra richieste impazienti ed evitamento.
Dalla storia familiare emerge che il padre era dislessico e che presentava problemi di concentrazione attentiva. Aveva imparato a non considerare gli stimoli esterni e a essere poco sensibile ai tentativi degli altri di catturare la sua attenzione. Si è autodescritto come una persona che tende a mantenere le distanze nelle relazioni interpersonali. La madre si è autodescritta come una brava studentessa, ma come bambina e adolescente timida. Nella sua famiglia di origine c'è stata una storia di depressione unipolare o bipolare, e lei stessa si è descritta come lievemente depressa dal momento della sua recente gravidanza.

Discussione

Miguel è stato esposto, nel corso dell'ultimo anno, a diversi fattori di stress. La sua famiglia si è trasferita per ben due volte, il bambino ha cambiato cinque nidi diversi, gli è nata una sorellina, sua madre era un po' depressa e il padre distaccato e preoccupato da tutti questi cambiamenti familiari e lavorativi. Tutto ciò mette in risalto l'impatto significativo che hanno avuto i fattori familiari e ambientali, facendo optare per la diagnosi di Disturbo dell'affettività (ansia, attaccamento o depressione). Tuttavia, Miguel ha anche manifestato importanti difficoltà di autoregolazione e di elaborazione delle informazioni sensoriali, essendosi rivelato sia iper- sia ipo-reattivo ai diversi stimoli, ed essesno divenuto aggressivo ed ecolalico in condizioni di stress. Avendo Miguel presentato sintomi associati al Disturbo di affettività in assenza di difficoltà costituzionali o maturazionali di elaborazione delle informazioni, è probabile che la diagnosi primaria più appropriata sia quella di Disturbo dell'affettività. Tuttavia, le sue difficoltà di elaborazione delle informazioni uditive, di modulazione sensoriale e di controllo motorio sono sufficientemente rilevanti da far pensare a un Disturbo multisistemico di sviluppo con prevalenti problemi di regolazione e a un Disturbo della regolazione grave con caratteristiche miste. Entrambe queste condizioni potrebbero risultare reattive a un fortissimo stress presente nella vita del bambino. La scelta della diagnosi più appropriata sarà determinata dall'entità dei problemi di relazione, di comunicazione e di linguaggio presenti nei disturbi del bambino. Le prime reazioni all'intervento daranno indicazioni ulteriori in merito alla diagnosi più appropriata.

Intervento

Per questo caso, è stato rapidamente predisposto un piano di intervento, e Miguel ha ottenuto rapidi progressi. L'intensità dei primi incontri si è rivelata un fattore importante: Miguel e i suoi genitori si sono incontrati per due volte alla settimana con un terapeuta che guidava l'apertura e la chiusura dei circoli di comunicazione e l'elaborazione dei temi simbolici. Inoltre, il terapeuta ha raccomandato che Miguel giocasse individualmente con ognuno dei genitori per almeno un'ora al giorno. Miguel ha manifestato un miglioramento nelle capacità relazionali e un linguaggio funzionale più appropriato. I suoi genitori si incontravano settimanalmente con il terapeuta per discutere il significato dei comportamenti di Miguel, i loro sentimenti, la gestione quotidiana del bambino (specialmente per ciò che riguardava la relazione del bambino con la sorella) e altre modalità di trattamento. Miguel è stato affidato a un logopedista e a uno psicomotricista, poiché continuava a presentare difficoltà nella modulazione degli stimoli sensoriali e nella pianificazione motoria. La madre di Miguel è stata incoraggiata nella sua decisione di chiedere un prolungamento del periodo di maternità e Miguel è stato inserito in una piccola scuola vicino casa, in modo da poter avere degli amici con cui giocare al di fuori di essa. A scadenza mensile, la famiglia si incontrava poi con l'intero staff che attuava il trattamento (terapeuta del gioco,

logopedista, psicomotricista) per controllare i progressi ottenuti e per modificare il programma di trattamento sulla base dei progressi fatti da Miguel.

Profilo diagnostico

Asse I: Disturbi della regolazione - Tipo IV Altro
Asse II: Disturbo della relazione - Ipo-coinvolgimento
Asse III: Nessuno
Asse IV: Fattori psicosociali di stress - Effetti da moderati a gravi
Asse V: Livello di sviluppo del funzionamento emotivo - Non ha raggiunto il livello corrente e ha raggiunto i livelli precedenti con qualche caduta

4.4c Caso 3: Mark

Descrizione del caso

Mark è un bambino facile, di quelli che non chiedono mai niente; sorride e risponde se qualcuno gli si avvicina con calma, ma non ricerca, né richiede un contatto fisico intenso. In una famiglia così impegnata come quella di Mark, dove i genitori sono presi dal lavoro e dove la sorella di tre anni è una bambina molto esigente, non è stato facile rendersi conto di come il bambino fosse ipo-reattivo. A 18 mesi si divertiva quando i genitori gli cantavano le filastrocche e lo facevano ballare o muovere, ma se lasciato per conto proprio si limitava a guardare le macchinine andare avanti e indietro, a far girare dei piccoli oggetti su se stessi e, spesso, li faceva correre avanti e indietro sulla propria pancia. È molto sensibile ai suoni, si spaventa quando sente il suono di una sirena, o il rumore improvviso di un motore o se qualcuno gli si avvicina per bisbigliargli qualcosa all'orecchio; ciononostante, è difficile riuscire ad attirare la sua attenzione utilizzando un tono di voce regolare. Una volta stabilito il contatto, Mark è però un bambino affettuoso, vivace e capace di entrare in relazione. Si può quindi dire che, sebbene accetti di relazionarsi con gli altri se sono gli altri a prendere l'iniziativa, di solito tende invece ad estraniarsi e a concentrarsi esclusivamente sulla propria attività, manifestando un forte senso di fragilità e una costante preoccupazione per l'impatto che il mondo esterno potrebbe avere su di lui.
Entrambi i genitori sono preoccupati e in ansia per lo sviluppo di Mark: il padre tende ad anticipare ogni suo bisogno e a offrire ogni genere di protezione; la madre è più capace di incoraggiare l'assertività del bambino ma, qualche volta, è depressa e incoerente. Entrambi i genitori trovano difficile imporre dei limiti al bambino. I genitori stanno anche affrontando una serie di difficoltà matrimoniali.
Intorno ai 30 mesi Mark dimostra di capire ciò che gli viene detto, ma ascolta in modo discontinuo. Il rumore, i ristoranti affollati o i centri commerciali lo infastidiscono ma, nello stesso tempo, egli va in cerca dei suoni vibranti. Mark appare distratto e poco attento. Se si cerca di coinvolgerlo nella relazione senza urtare la sua sensibilità, egli accetta per un breve momento, ma poi si ritrae subito mettendo in atto comportamenti ripetitivi molto semplici con i suoi giocattoli che lo tengono lontano dal mondo. Mark appare veramente divertito solo quando particolari giochi senso-motori (correre, saltare, girare forte etc.) gli danno un senso più chiaro della sua collocazione nello spazio, permettendogli di organizzarsi e di diventare consapevole della propria esperienza. Spesso Mark tenta di esaminare attentamente l'ambiente, ma poi finisce per concentrarsi su qualcosa di piccolo collocato davanti a lui. Da alcuni controlli fatti è emerso che gli occhi di Mark non convergono molto bene e che egli utilizza alcune abilità visive frammentate.
Il linguaggio e i gesti simbolici sono rimasti molto semplici, Mark ha tuttavia acquisito la capacità di utilizzare il linguaggio e il gioco simbolico con le bambole. È particolarmente sensibile alle situazioni di ansia, ad esempio, ai giocattoli che si rompono, alle bambole che cadono e si fanno male, alle cose che si perdono o si rovinano etc. Mark è in grado di condurre piccole conversazioni su questi argomenti, ma l'ansia lo induce alla ripetizione. Per sentirsi sicuro mette in atto anche alcuni comportamenti compulsivi, fra cui il fatto di insistere perché venga lasciata la porta aperta "appena un pochino". È un "dittatore pieno di paura" che desidera che ogni

cosa venga fatta come lui desidera, in modo da poter controllare l'impatto dell'ambiente; nello stesso tempo, però, ha paura e non vuole che gli altri entrino in competizione o si arrabbino con lui. Spesso non riesce a sintonizzarsi se che chi parla utilizza un tono di voce regolare ma, nello stesso tempo, prende paura quando ascolta suoni di tonalità alta o bassa.

Discussione

Mark viene visto a 30 mesi; in questo periodo sta diventando sempre più ansioso e più propenso a ritirarsi nel proprio mondo. Non sembra particolarmente timoroso o aggressivo, ma dimostra di sentirsi sicuro solo se segue il proprio passo; è cauto riguardo all'impatto e alle richieste del mondo esterno. Mentre il linguaggio e le capacità cognitive si sviluppano in modo regolare, il bambino non riesce a prestare attenzione alle comunicazioni delle altre persone. Mark è iper-sensibile ad alcuni suoni, in particolar modo alle tonalità alte e ai suoni che vibrano, mentre è iporeattivo agli altri tipi di suoni. È inoltre ipo-sensibile al movimento, e dimostra una scarsa capacità di pianificazione motoria. Dimostra di essere ipo-reattivo agli stimoli visivi e tende a fissarsi e a diventare ripetitivo. Sebbene vi siano anche difficoltà affettive e di interazione, queste si sono sviluppate secondariamente ai problemi di ipo-reattività e di attivazione presenti sin dalla nascita.

Intervento

È necessario che l'intervento venga rivolto sia alle difficoltà di elaborazione delle informazioni sia ai disturbi emotivi - nel primo caso per rafforzare le capacità di Mark di ricevere e interpretare in modo più accurato e sicuro i segnali provenienti dal mondo esterno; nel secondo caso, per aiutarlo a sviluppare un'adeguata relazione e comunicazione con gli altri, oltre che per migliorare le sue capacità gestuali e simboliche, relativamente limitate, che gli consentono di entrare in relazione con i pari, secondo le modalità tipiche della sua età. Poiché il bambino sta attraversando un momento cruciale per lo sviluppo delle interazioni e delle aspettative sociali, sarebbe opportuno condurre un intervento terapeutico intensivo.

Si è deciso di affrontare le difficoltà di elaborazione sensoriale attraverso le sedute di logopedia e di psicomotricità; è stata inoltre predisposta una valutazione delle capacità visuo-motorie, oltre che della reattività agli stimoli uditivi e della loro elaborazione. È opportuno, inoltre, che il bambino e i suoi genitori si incontrino con un terapeuta per migliorare le capacità simboliche e di comunicazione, oltre che per discutere sulle modalità più opportune di prendersi cura quotidianamente del bambino. I genitori dovrebbero imparare a stimolare in Mark il desiderio di interagire con loro, e Mark dovrebbe essere coinvolto in una sempre più ampia gamma di scambi emotivi, sia nel corso della terapia sia nell'ambiente di casa.

Il primo programma di intervento offerto a Mark prevede tre sedute settimanali di logopedia e di psicomotricità, e la frequenza dell'asilo nido due volte alla settimana. È stato inoltre raccomandato ai genitori di farsi aiutare a risolvere le loro difficoltà personali per superare i conflitti e il loro diverso approccio alla situazione di Mark. La risoluzione dei loro conflitti, oltre ad essere un elemento di per sé importante, consentirà a Mark di trarre beneficio dagli altri interventi.

Profilo diagnostico

Asse I: Disturbi della regolazione - Tipo II Ipo-reattivo

Asse II: Iper-coinvolgimento

Asse III: Nessuno

Asse IV: Agenti psicosociali di stress - Effetti gravi

Asse V: Livello di sviluppo del funzionamento emotivo - Non ha raggiunto il livello atteso

4.4d caso 4: Julie

Descrizione del caso

Julie finalmente si addormenta al seno della madre; entrambe sono distese su un grande materasso sistemato sul pavimento. È già passata la mezzanotte e le ore

precedenti sono passate cullando la bambina in braccio, coccolandola e, alla fine, allattandola per farla dormire. Julie ha tredici mesi. La bimba non dorme più nel suo letto da sei o sette mesi, da quando la madre non è più riuscita a sopportare il pianto della sua bambina primogenita, lungamente attesa. La bambina sembrava così indifesa, simile a una bambolina di pezza, così bisognosa di aiuto che anche la rabbia e lo sgomento del padre non hanno convinto la madre a desistere dal cercare in tutti i modi di assicurarsi che la bambina fosse conscia del suo interessamento e non credesse di essere stata abbandonata a se stessa quando cominciava a piangere. Tutti tendono a colpevolizzare la madre considerandola iper-protettiva nei confronti della bambina. Il suo pediatra le ha detto "lasci che la bambina pianga, così imparerà ad addormentarsi". Suo marito si sente rifiutato.
Julie è nata da una gravidanza programmata e senza problemi. Anche il parto non ha creato nessun problema. La bambina è apparsa subito sensibile e vigile, pronta a guardarsi intorno. La madre era sempre pronta a prenderla in braccio perché voleva che la bambina si sentisse sicura di poter contare sempre su qualcuno. Sebbene Julie si divertisse a stare in braccio alla madre quando questa la vestiva, essa appariva particolarmente sensibile al tocco quando veniva accarezzata, e non gradiva il contatto iniziale con l'acqua quando faceva il bagnetto: tuttavia sembrava adattarsi. È diventata presto attenta ai suoni forti o improvvisi dei quali ricercava subito la fonte. La bambina voleva mangiare frequentemente, di notte si svegliava spesso e l'allattamento al seno diventava quasi sempre l'unico modo per calmarla durante i primi mesi di comportamento agitato e di coliche. Ciononostante, i primi sei mesi sono stati piacevoli per tutti. Non era ancora evidente la sua scarsa capacità di autoregolazione del sonno e dell'alimentazione, né i problemi relativi alla sua sensibilità o reattività. Lo sguardo, l'ascolto e le risposte vocali sono diventati i canali sensoriali privilegiati attraverso cui la bambina riusciva a comunicare le sue intenzioni. Le prime comunicazioni sono state ricche e intense.
Quando la bambina aveva circa 6 mesi, la famiglia si è trasferita in una casa nuova; Julie ha reagito cominciando a svegliarsi più frequentemente. Questo è continuato per metà dell'anno successivo, aggravandosi ogni volta che la bambina si ammalava. I genitori hanno anche notato che Julie era stata l'ultima tra i suoi coetanei della famiglia materna a riuscire a mettersi seduta e che a 10 mesi non gattonava ancora. A 13 mesi non era ancora in grado di stare seduta bene e la madre ha ricordato che era stata anche lenta a imparare a tener su la testa.
Non sono presenti pattern che indicano un basso tono motorio o problemi di pianificazione motoria.
In compenso, Julie vocalizza tutto il tempo, ha cominciato a utilizzare le prime parole intorno ai 12 mesi, e sembra capace di comprendere la maggior parte delle cose che le vengono dette; segue, infatti, qualche semplice indicazione e ripete alcune parole. Sebbene utilizzi il pianto come indice di protesta, quando è arrabbiata non lancia via gli oggetti per paura di perdere l'equilibrio e ha pochi modi di esprimere una sana aggressività. La bambina non mostra di avere nessun oggetto transizionale; al loro posto, preferisce la madre, sia di giorno che di notte. L'ansia alla separazione si è aggravata all'inizio del secondo anno di vita quando la governante di famiglia, che Julie conosceva molto bene, è andata via.
La madre non si rende conto di come sia rapida nell'andare incontro alla bambina offrendole il suo aiuto prima ancora che questa lo richieda e seguendola in tutte le sue attività. Questo non viene fatto in modo intrusivo o esercitando un forte controllo sul comportamento della bambina, ma in un modo sommesso e piuttosto passivo, con lunghe pause. La madre è un genitore ansioso, preoccupato per le cose che ha da fare perché ha sempre paura di sbagliare. Si è così sviluppato un pattern in cui Julie è passiva, si lascia controllare dai gesti e dal comportamento della madre mentre quest'ultima appare ansiosa ed esitante diventando, di conseguenza, iperprotettiva. Il padre potrebbe incoraggiare maggiormente l'assertività e l'attività della figlia, facendo

a Julie delle richieste implicite che la inducano a rispondergli. Tuttavia, quando la moglie è in ansia, tende ad evitare questo atteggiamento cominciando a esitare egli stesso, anche se continua a chiedere insistentemente che a Julie venga concesso di piangere di notte in modo che, alla fine, possa imparare ad addormentarsi.

Discussione

A tredici mesi Julie è già una bambina molto abile sul piano verbale, con una forte capacità di relazionarsi e di attaccarsi agli altri, contenta ed affettuosa con le persone che conosce. Ha appena cominciato a gattonare, fa ancora fatica a mantenere la posizione eretta anche quando si siede, situazione nella quale dovrebbe allungare le gambe e fissare le spalle per irrigidire la schiena, in modo da mantenere la posizione eretta. È, inoltre, particolarmente sensibile al tocco ed esitante nell'esplorazione di oggetti e spazi poco noti. La difficoltà maggiore che Julie presenta è il fatto di non riuscire ad addormentarsi se la madre non dorme con lei; la bambina, quindi, non può essere lasciata in compagnia di altre persone.

Si potrebbe considerare come diagnosi un Disturbo primario del sonno, data la persistenza di questo problema; dal momento, però, che il Disturbo del sonno è associato a problemi di elaborazione sensoriale, acquista la precedenza il Disturbo di regolazione. In modo analogo, si potrebbe decidere per una diagnosi primaria di ansia alla separazione, ma anche questa non tiene conto dei disturbi della regolazione. Se è vero che le difficoltà genitoriali-ambientali contribuiscono al problema, esse non possono però essere ritenute responsabili dello scarso tono muscolare e della reattività sensoriale della bambina. La combinazione di tutte queste problematiche può essere espressa utilizzando una diagnosi multi-assiale. Questo caso sottolinea il fatto che, quando sono presenti in modo rilevante sia i problemi di relazione sia quelli di regolazione, la diagnosi di Disturbo della regolazione ha la precedenza e i pattern relativi all'interazione vengono espressi sull'Asse II dedicato ai disturbi della relazione.

Intervento

Per questa famiglia è necessario improntare un programma che tenga conto di diversi elementi. La madre ha bisogno di essere aiutata ad apprendere come seguire le indicazioni della bambina, e a elaborare l'ansia che sente quando cerca di andare incontro ai bisogni della bambina e di farla sentire sicura. Il padre ha bisogno di essere aiutato a essere più coinvolto e più vicino alla figlia. È possibile programmare, a scadenza settimanale, delle sessioni di gioco congiunte per incoraggiare l'assertività di Julie e l'espressione gestuale e simbolica dei suoi sentimenti. La psicoterapia rivolta ai genitori dovrebbe aiutarli a fare un passo indietro, definendo i loro confini (ad esempio, riducendo la loro tendenza alla proiezione), e recuperando la loro prospettiva sulla famiglia. L'aiuto ai genitori dovrebbe mirare a sostenerli nell'affrontare le questioni legate al sonno e alla separazione. Julie potrà beneficiare di alcune sessioni di psicomotricità per migliorare la sua scarsa tonicità muscolare e le sue capacità di pianificazione motoria; si dovrebbe inoltre cercare, attraverso le cure che la bambina riceve ogni giorno, di ridurre il suo approccio difensivo alle stimolazioni sensoriali.

Profilo diagnostico

Asse I: Disturbi della regolazione - Tipo I Ipersensibile
Asse II: Relazione caratterizzata da Iper-coinvolgimento
Asse III: Nessuno
Asse IV: Agenti psicosociali di stress - Effetti lievi
Asse V: Livello di sviluppo del funzionamento emotivo - Al livello atteso con alcune cadute

4.4e caso 5: Steve

Descrizione del caso

Steve è un bambino di trenta mesi, segnalato dai conduttori di un programma per genitori tossicodipendenti che la madre, Cindy, sta seguendo. Steve presenta un grave ritardo nello sviluppo del linguaggio e, parallelamente, nello sviluppo della coordinazione motoria fine, delle capacità cognitive, delle abilità comunicative e della

capacità di badare a se stesso; per quanto riguarda la motricità grossolana, invece, il suo sviluppo è superiore alla norma. Non gli è stato ancora insegnato a tenersi pulito e presenta una "fissazione alla fase orale" nel senso che porta in bocca ogni cosa: succhia il pollice, protrude la lingua e sbava. Evita, tuttavia, di toccare materiali che hanno una particolare consistenza. Ha difficoltà a calmarsi ed è iper-reattivo ai rumori improvvisi, i quali hanno l'effetto di metterlo in allarme.
Le preoccupazioni della madre sono rivolte soprattutto al suo comportamento aggressivo, agli scoppi di rabbia e alla cronica mancanza di contatto con le persone. Quando si arrabbia, dice frasi del tipo "Mamma, ho bisogno di mordere!". A casa manifesta un comportamento estremamente collerico e distruttivo; tuttavia, ubbidisce alla madre quando questa gli pone dei limiti appropriati. Durante il primo anno di vita del bambino entrambi i genitori hanno fatto uso di alcool e di droghe in larga misura, e hanno avuto tra di loro una relazione conflittuale, sia come coppia sia come genitori. Cindy ammette di essere emotivamente poco disponibile nei confronti di Steve, di ignorarlo e di maltrattarlo fisicamente; ammette, inoltre, di aver attaccato fisicamente il padre del bambino.
Cindy descrive Steve come un bambino chiassoso fin dalla nascita: era sensibile alle vibrazioni o ai suoni improvvisi, piangeva quando veniva cambiato o vestito, aveva paura quando veniva spostato da un posto all'altro e non riusciva a calmarsi. Racconta di aver avuto difficoltà a nutrirlo, avendo dovuto cambiare il latte più volte prima di trovare quello che il bambino riusciva a tollerare. Steve ha continuato a mangiare poco, collocandosi solo al decimo percentile del diagramma della crescita. Steve ha raggiunto lentamente le tappe fondamentali dello sviluppo motorio: a nove mesi riusciva a stare seduto e a diciotto camminava. Ha presentato anche un ritardo nello sviluppo del linguaggio, riuscendo a pronunciare le prime parole solo a diciotto mesi. Ha sofferto di infezioni all'orecchio e ha avuto anche una polmonite. Il test dell'udito cui è stato sottoposto non ha dato risultati rilevanti.
A causa dei suoi comportamenti orali, dell'umore instabile e degli scoppi di rabbia, Steve è stato anche sottoposto a un esame neurologico dal quale è risultato nella norma. I risultati di questa valutazione lasciano pensare che il comportamento di Steve e i problemi di sviluppo possano essere spiegati dai fattori ambientali presenti nei primi mesi di vita.
Durante la valutazione strutturata dell'interazione genitore-bambino, le manifestazioni affettive di Cindy appaiono quasi sempre represse, per tutta la durata della prova. Il suo modo di parlare è controllato, ritmico, quasi artificiale, dal tono ostile. Cindy sembra apprezzare le cose che Steve riesce a fare quali, ad esempio, aprire la scatola dell'uva passa o versare il succo di frutta; usa raramente il contatto visivo e non possiede un vasto repertorio di modalità adatte a coinvolgere Steve nell'esecuzione di un compito. Nella fase della valutazione dedicata all'alimentazione, Cindy è molto passiva e confonde i confini fra lei e il bambino chiedendo ripetutamente a Steve, ad esempio, il permesso di mangiare uno snack. Da queste attività non trapela nessuna "gioia di vivere" e anche la conversazione è povera.
Durante la sessione di gioco strutturato, Cindy si dimostra più coinvolta; si nota chiaramente come cerchi di utilizzare alcune tecniche particolari apprese al centro (per il trattamento delle dipendenze); tuttavia, è incapace di seguire le attività di Steve mentre questi gioca. È palesemente intrusiva, cerca di dirigere e di controllare il gioco del bambino. Osservando l'interazione della diade, salta all'occhio l'assenza di un qualche tonalità affettiva, tranne nel caso in cui Cindy tenta di esercitare il suo controllo, momento in cui sia la madre sia il figlio diventano irritabili. Spesso accade che l'attenzione della diade sia rivolta verso il compito in assenza, però, di qualsiasi forma di reciprocità.
Steve sembra avere un attaccamento ansioso verso la madre. Protesta quando questa lascia la stanza, ma si volta dall'altra parte e non cerca conforto al suo ritorno. Lo stile interattivo di entrambi i genitori è caratterizzato da tensione, da tentativi di assumere

il controllo e da una generale mancanza di espressività emotiva. Cindy, nonostante le apparenze, sembra provare forti emozioni. In molte occasioni, il padre interviene in modo appropriato ed è in grado di partecipare all'attività del figlio. Cindy è capace di far assumere alla voce un tono più dolce, appropriato a una "voce di mamma", ma ciò avviene solo di rado; solitamente, invece, il suo tono di voce è brusco e sgarbato.
Discussione
Steve presenta molti dei pattern motori e sensoriali caratteristici dei figli di madri che hanno assunto sostanze stupefacenti nel corso della gravidanza. L'iper-reattività al suono e al tatto, la scarsa assunzione di cibo (sensibilità orale-motoria), e la scarsa capacità di autoregolazione e autoconsolazione sono espressioni dell'ipersensibilità da Disturbo della regolazione. Steve, probabilmente, era già un bambino difficile ma, avendo subito deprivazioni affettive e maltrattamenti dell'ambiente che lo circondava, ha iniziato a sviluppare strategie di comportamento di rifiuto e di sfida. Appare evidente che le difficoltà comportamentali vengono amplificate dall'interazione con la madre. Il loro stile interattivo è caratterizzato da una lotta continua per assumere il controllo, da una mancanza generalizzata di espressioni emotive e da un comportamento chiaramente intrusivo. Si tratta, quindi, di interazioni gravemente disturbate.
Le difficoltà della madre si evidenziano anche nelle richieste inappropriate che essa fa, ad esempio, pretendere che Steve si tenga pulito o che sia un "ometto", e nel tentativo di coinvolgere Steve nel soddisfacimento dei propri bisogni. La percezione che ha di Steve è caratterizzata da confini labili che riflettono una mancanza di coerenza; la madre alterna, infatti, periodi di interazione affettuosa a periodi di rabbia. I disturbi della regolazione hanno la precedenza nella diagnosi sull'Asse I e le difficoltà di interazione vanno riportate sull'Asse II.
Intervento
In questo caso è facile perdersi nei problemi che derivano dai disturbi relazionali; la diagnosi, tuttavia, sottolinea l'importanza di focalizzare il trattamento sulle difficoltà di regolazione del bambino per migliorare i pattern di interazione. Il terapeuta dovrà, allora, concentrarsi sulle conseguenze specifiche delle difficoltà di regolazione e aiutare la diade a interagire con più efficacia, a trarre maggiore piacere dalla relazione e a superare le precedenti delusioni. Oltre a questo, è indicata una terapia psicomotoria che includa un programma che possano svolgere i genitori a casa, al fine di insegnare a Steve a comportarsi in modo più adattivo nella vita di ogni giorno. Proponendo giornalmente delle sessioni di gioco stimolante, si può fornire un sostegno continuo allo sviluppo di Steve e alle sue capacità relazionali.
Profilo diagnostico
Asse I: Disturbi della regolazione - Tipo I Ipersensibile
Asse II: Ipercoinvolgimento
Asse III: Sviluppo del linguaggio espressivo (DSM-IV 315.31)
Asse IV: Agenti psicosociali di stress - Effetti moderati
Asse V: Livello di sviluppo del funzionamento emotivo - Al livello atteso con alcune cadute.
Per maggiori informazioni: **Psicologia e ansia**
Riferimenti bibliografici
AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M., WATERS, E., WALLS, S. (1978) *Patterns of attachment*, HILLSDALE, N.J., Erlbaum.
ALLMAN, J., BROTHERS, L. (1994) Faces, fear and the amigdala. *Nature*, 372, pp. 613-614.
AINSWORTH, M.D.S., WITTIG, B. (1969) Attachment and exploratory behavior of oneyear-
olds in a strange situation. In: FOSS, B. (a cura di) *Determinants of infant behavior*, London, Methuen, vol. IV, pp. 113-136.
BARON-COHEN, S. (1994) How to build a baby that can read minds: cognitive

mechanisms in mind reading. In *Current Psychology of Cognition*, 13, pp. 513-552.
BARON-COHEN, S. (1995) *L'autismo e la lettura della mente*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1997.
BENES, F.M. (1994) Development of the corticolimic system. In: DAWSON, G., FISHER, K.W. (a cura di) *Human Behavior and the Developing Brain*. Guilford Press, New York.
BOWLBY, J. (1969) *Attaccamento e perdita. I. L'attaccamento alla madre*. Trad. it. Torino, Bollati Boringhieri.
BOWLBY, J. (1975) *Attaccamento e perdita. II. La separazione dalla madre*. Trad. it. Torino, Bollati Boringhieri.
BOWLBY, J. (1976) *Attaccamento e perdita. I. L'attaccamento alla madre*. Trad. it. Torino, Bollati Boringhieri.
BOWLBY, J. (1980) *Attaccamento e perdita. III. La perdita della madre*. Trad. it. Torino, Bollati Boringhieri.
BOWLBY, J. (1983) *Attaccamento e perdita. III. La perdita della madre*. Trad. it. Torino, Bollati Boringhieri.
BRETHERTON, I., BATES, E. (1979) Relationships between cognition, communication, and quality of attachment. In: BATES, E., BENIGNI, L., BRETHERTON, I. ET AL. (a cura di) *The Emergence of Symbols: Cognition and Communication in Infancy*, pp. 223-270. Academic Press, New York.
BRETHERTON, I. (1991) Pouring new wine into old bottles. The social self as internal working model. In: M. GUNNAR e L.A. SROUFE (a cura di) Self process in development. *Minnesota Symposia on child psychology*, HILLSDALE, N.J., Erlbaum, vol. 23, pp. 1-41.
BRETHERTON, I. (1993) From dialogue to representation. The construction of the self in relationships. In: NELSON, C.A. (a cura di) Memory and affect in development. *Minnesota Symposia on child psychology*, HILLSDALE, N.J. Erlbaum, vol. 23, pp. 1-41.
BRETHERTON, I. (1995) A communication perspective on attachment relationships and internal working models. In: WATERS, E., VAUGHN, B.E., POSADA, G., KONDOIKEMURA,
K. (a cura di) Caregiving, cultural and cognitive perspective on secure-base behavior and working models. New growing points of attachment theory and research, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, pp. 310-329.
CALVIN, W.H. The unitary hypothesis: A common neutral circuitry for novel manipulations, language, plan-ahead, and throwing? In: GIBSON, K.R., INGOLD, T. (a cura di) *Tools, Language and Cognition in Human Evolution*. Cambridge University Press, Cambridge.
CAMAIONI, L. (1995) *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*. Roma-Bari, Laterza.
CAMRAS, L.A. (1992) *Expressive development and basic emotions. Cognition and Emotion*, 3, pp. 269-283.
CASSIDY, J. (1994) Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In: FOX, N.A. (a cura di) Biological e behavioral foundation of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 228-249.
CICCHETTI, D., ROGOSCH, F.A. (1997) The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 797-816.
CRAMER, B., PALACIO ESPASA, F. (1993) *Le psicoterapie madre-bambino: metodologia e studi clinici.* Tr. it. Masson, Milano 1995.
CRAMER, B. (1995) Short-term dynamic psychotherapy for infants and their parents. In: Child. *Adolesc. Psychiatr*. N. Am., 4, pp. 649-660.
DAMASIO, A.R. (1998) Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, pp. 83-86.
DAWSON, G. (1994a) Frontal electroencephalographic correlates of individual

differences in emotion expressions in infants: A brain systems perspective on emotion. In: FOX, N.A. (a cura di) The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 135-151.
DAWSON, G. (1994b) Development of emotional expression and emotion regulation in infancy. Contributions of the frontal lobe. In: DAWSON, G. FISHER, K.W. (a cura di) Human *Behavior and the Developing Brain*. Guilford Press, New York.
DIAGNOSTIC CLASSIFICATION: 0-3 - *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childwood*, second edition, 1994.
DUNN, J., BROWN, J., BEARDSALL, L. (1991) Family talk about feeling states and children's later understanding of other's emotions. In *Dev. Psychol.*, 27 pp. 448-455.
DUNN, J., BROWN, J. (1991) Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. In: GARBER, J., DODGE, K.A. (a cura di) *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. Cambridge University Press, Cambridge.
DUNN, J., BROWN, J. (1993) Early conversations about casuality: content, pragmatics, and developmental change. In *British Journal of Developmental Psychology*, 11, pp. 107-123.
EDELMAN, G. (1992) *Sulla materia della mente*. Tr. it. Adelphi, Milano 1993.
EKMAN, P. (1992b) An argument for basic emotion. *Cognition end Emotion*, 6, pp. 169-200.
ETCOFF, N., MAGEE, J. (1992) *Categorical perception of facial expressions. Cognition*, 44, pp. 227-240.
FEENEY, B.C., KIRKPATRICK, L.A. (1996) Effects of adult attachment and presence of romantic partners on psysiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, pp. 255-270.
FIELD, T. (1985) Attachment as psychobiological attunement: Being on the same wave length. In: REITE, M., FIELD, T. (a cura di) *The Psychobiology of Attachment and Separation*. Academic Press, Orlando.
FIELD, T. (1994) The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. In: FOX, N.A. (a cura di) The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 208-227.
FONAGY, P., STEELE, H., STEELE, M. (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. In *Child Dev.*, 62, pp. 891-905.
FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., LEVINSON, A., KENNEDY, R. (1997) Crime and attachment: Morality, disruptive behavior, borderline personality, crime and their relationship to security of attachment. In: ATKINSON, L., ZUCKER, K.J. (1997) (a cura di) *Attachment and Psychopathology*. Guilford Press, New York.
FRAIBERG, S., ANDELSON, E., SHAPIRO, V. (1975) I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madrebambino.
In: FRAIBERG, S., *Il sostegno allo sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano 1999, pp. 179-216.
FREEMAN, W.J. (1994) Role of chaotic dynamics in neural plasticity. *Progress in Brain Research*, 102, pp. 319-333.
GARDNER, G.G., OLNESS, K. (1981) *Hypnosis and Hypnotherapy With Children*. Grune & Stratton, New York.
GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M. (1985) *Adult attachment interview*. Berkeley, University of California, dattiloscritto inedito.
GERGELY, G., WATSON, J.S. (1996) The social biofeedback theory of parental affectmirroring:
The development of emotional self-awarness and self-control in infancy. In

Int. J. Psychoanal., 77, pp. 1181-1212.
GOLEMAN, D. (1995) *L'intelligenza emotiva*. Tr. it. Rizzoli, Milano 1996.
GROSS, J.J. (1999) Emotion regulation: Past, present and future. *Cognition and emotion*, 13, pp. 551-5773.
HARTER, S., BRESNICK, S., BOUCHEY, H.A., WHITSELL, N.R. (1997) The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 853-854.
HOBSON, P. (1993) *Autism and the Development of Mind*. Erlbaum, Hillsdale.
HOFER, M.A. (1996) On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, pp. 570-581.
HOFFMANN, J.M. (1995) Making space. In: *Infant Mental Health Journal*, 16, pp. 46-51.
HOLLENBECK, A.R., SUSMAN, F.J., NANNIS, F.D. ET AL. (1980) Children with serious illness: behavioral correlates of separation and isolation. In *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 11, pp. 3-11.
HOWES, C., HAMILTON, C.E., PHILIPSEN, L.C. (1998) Stability and continuity of childcaregiver
and child-peer relationships. *Child Development*, 69, pp. 418-426.
IZARD, C.E. (1991) *The Psychology of Emotions*. Plenum Press, New York.
JERKINS, J., ASTINGTON, J.W. (1996) Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. In *Dev. Psychol.*, 32, pp. 70-78.
JOHNSON, B.H., HUGDAHL, K. (1991) Hemispheric asymmetry in conditioning to facial emotional expressions. *Psychophysiology*, 18, pp. 231-249.
KIHLSTROM, J.F. (1987) The cognitive unconscious. *Science*, 237, pp. 1445-1452.
LEBOVICI, S. (1983*) Il neonato, la madre e lo psicoanalista. Le interazioni precoci*. Tr. it. Borla, Roma 1988.
LEDOUX, J.E. (1990) Information flow from sensation to emotion: Plasticity of the neural computation of stimulus value. In: GABRIEL, M. MOORE, J. (a cura di) *Learning Computational Neuroscience: Foundations of adaptive Networks*. MIT Press, Cambridge.
LEDOUX, J.E. (1996) *Il cervello emotivo. All'origine delle emozioni*. Tr. it. Baldini & Castoldi, Milano 1998.
LEWIS, M.D., HAVILAND, J.M. (1993) (a cura di) *Handbooh of Emotions*. Guilford Press, New York.
LEWIS, M.D. (1997) Personality self-organization: Cascading constraints on cognitionemotion
interaction. In: FOGEL, A., LYRA, M.C.D.P., VALSINER, J. (1997) (a cura di) *Dynamics and Indeterminism in Developmental and Social Processes*. Erlbaum, Mahwah.
LIEBERMAN, A. (1992) Infant parent psychotherapy with toddlers. In *Dev. Psychopathol.*, 4, pp. 559-574.
LIOTTI, G. (1992) Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza. Tr. it. AMMANITI, M., STERN, D.N. (a cura di) *Attaccamento e psicanalisi*. Laterza, roma-Bari.
LIU, D., DIORIA, J., TANNENBAUM, B., CALDJI, C., FRANCIS, D., FREEDMAN, A., SHARMA, S., PEARSON, D., PLOTSKY, P.M., MEANEY, M.J. (1997) Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277, pp. 1659-1662.
LYRA, M.C.D.P., WINEGAR, L.T. (1997) Processual dynamics of interaction through time: Adult-child interactions and processes of development. In: FOGEL, A., LYRA, M.C.D.P., VALSINER, J. (a cura di) *Dynamics and Indeterminism in Developmental and Social Processes*. Erlbaum, Mahwah.
MAIN, M., GOLDWYN, R. (1998) *Adult attachment scoring and classification systems*

(Version 6.3). Manoscritto non pubblicato, University of California at Berkeley.
MALATESTA-MAGAI, C. (1991) Development of emotion expression during infancy: General course and patterns of individual difference. In: GARBER, J., DODGE, K.A. (a cura di) *The development of Emotion Regulation and Dysregulation*. Cambridge University Press, Cambridge.
MADONADO-DURÀN, J.M., LARTIGUE, T. (2002) *Infanzia e salute mentale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.
MESULAM, M.M. (1998) Review article: From sensation to cognition. *Brain*, 121, pp. 1013-1052.
NOBRE, A.C., COULL, J.T., FRITH, C.D., MESULAM, M.M (1999) Orbitofrontal cortex is activated during breaches of expectations in tasks of visual attention. *Nature Neuroscience*, 2, pp. 11-12.
OGAWA, J.R., SROUFE, L.A., WEINFLED, N.S., CARLSON, E.A., EGELAND, B. (1997) Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 855-880.
PEARSON, J.L., COHN, D.A., COWAN, P.A., COWAN, C.P. (1994) Earned and continuous security in adult attachment: Relation to depressive simptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*, 6, pp. 259-373.
PERNER, J., RUFFMAN, T., LEEKMAN, S.R. (1994) Theory of minds in contagious: you catch it from your sibs. In *Child Dev.*, 4, pp. 1228-1238.
PERRY, B.D. (1997) Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence". In: OSOFSKY, J. (a cura di) *Children in a Violent Society*. Guilford Press, New York.
PORGES, S.W., DOUSSARD-ROOSEVELT, J.A., MAITI, A.K. (1994) Vagal tone and the physiological regulation of emotion. In: FOX, N.A. (a cura di) The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 167-188.
POST, R.M., WEISS, S.R.B. (1997) Emergent properties of neural systems: How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 907-930.
POST. R.M., WEISS, S.R.B., LI, H., SMITH, M.A., ZHANG, L.X., XING, G., OSUCH, E.A., McCANN, U.D. (1998) Neural plasticity and emotional memory. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 907-930.
REIK, T. (1948) *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*. Frarrar, Straus, Giroux, New York.
RUBINOW, D.R., POST, R.M. (1992) Impaired recognition of affect in facial expression in depressed patients. *Biological Psychiatry*, 31, pp. 947-953.
SCHACTER, D.L., BUCKNER, R.L. (1998) Priming and the brain. *Neuron*, 20, pp. 185-195.
SHORE, A.N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Erlbaum, Hillsdale.
SHORE, A.N. (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, pp. 59-87.
SHORE, A.N. (1997) Early organization of the non linear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and psychopathology*, 9, pp. 595-631.
SIEGEL, D.J. (1995) Perception and cognition. In: KAPLAN, B., SADOCK, W. (a cura di) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore.
SIEGEL, D.J. (1996) Dissociation, psychotherapy and the cognitive sciences. In: SPIRA, J. (a cura di) *The Treatment of Dissociative Identity Disorder*. Jossey-Bass, San Francisco.
SIEGEL, D.J. (1999) La mente relazionale. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.

SROUFE, L.A. (1990) An organizational perspective on the SELF. In: CICCHETTI, D., BEEGHLY, M. (a cura di) *The Self in Transition: Infancy to Childwood*. University of Chicago Press, Chicago.
SROUFE, L.A. (1995) *Lo sviluppo delle emozioni*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
STERN, D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1987.
STERN, D.N. (1995) *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre/bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
STOLERU, S., MORALES-HUET, M. (1989) *Psicopatologia del neonato e della prima infanzia*. Tr. it. Masson, Milano 1991.
TREVARTHEN, C. (1990) Integrative function of the cerebral commissures. In: BOLLER, F., GRAFMAN, J. (a cura di) *Handbook of Neuropsychology*. Elsevier Science, Amsterdam.
TUCKER, D.M, LUU, P., PRIBRAM, K.H. (1995) Social and emotional self-regulation. *Annals of the New York Academy of Science*, 769, pp. 213-239.
VAN DER KOLK, B., FISLER, R. (1994) The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In *Harv. Rev. Psychiatry*, 148, pp. 10-20.
WALDEN, T.A. (1991) Infant social referencing. In: GARBER., J., DODGE, K.A. (a cura di) *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. Cambridge University Press, Cambridge.
WISE, S.P., MURRAY, E.A., GERFEN, C.R. (1996) The frontal cortex basal ganglia system in primates. *Critical Reviews in Neurobiology*, 10, pp. 317-356.